



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NELCIMARA SOUZA DE JESUS

**PRÁTICAS UTILIZADAS POR MULHERES DURANTE O
PARTO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Salvador

2014

NELCIMARA SOUZA DE JESUS

**PRÁTICAS UTILIZADAS POR MULHERES DURANTE O
PARTO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para aprovação no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso IV.

Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Enilda Rosendo do Nascimento

Salvador

2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Solange Della-Cella,
Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos/SIBI-UFBA

Nº Cutter	JESUS, Nelcimara Souza de
	Práticas utilizadas por mulheres durante o parto em um Centro de Parto Normal/ Nelcimara Souza de Jesus - Salvador, 2014.
	56f
	Orientadora: Prof ^a . Dr ^a Enilda Rosendo do Nascimento
	Trabalho de Conclusão de Curso/ Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2014.
	1. Centro de Parto Normal.2. Parto Normal.3.Saúde da Mulher.I.Nascimento, Enilda Rosendo do. II.Universidade Federal da Bahia.Escola de Enfermagem. III. Práticas utilizadas por mulheres durante o parto em um Centro de Parto Normal.
	CDU: xxx-xxx

Dedico este trabalho especialmente aos meus pais Erisneide e Nelson pelo amor, carinho e incentivo, fundamentais para a conquista dos meus objetivos;

Aos meus irmãos Maiara, Pâmela, e Elinelson pelo apoio e torcida durante toda jornada.

Aos meus avôs, tios, tias, primos e primas pela torcida e carinho;

Ao meu namorado Edler Suzarte que sempre se mostrou paciente e compreensivo com as minhas inquietações por conta das tarefas deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado e orientado em todos os momentos, me dando força para vivenciar este momento de crescimento e amadurecimento pessoal e profissional;

A minha orientadora professora Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento pelas orientações, e pelos infinitos momentos de reflexão e aprendizado;

A professora Dr^a Isa Maria Nunes pelas valorosas contribuições para aprimoramento do trabalho e por ter aceitado participar da minha banca examinadora;

A doutoranda Quessia Paz Rodrigues pelas contribuições e paciência durante o desenvolvimento desta pesquisa;

A Andréa Lorena Santos Silva minha tutora no Programa de Iniciação Científica, por ter me acolhido, pelas orientações e paciência;

A todas integrantes do GEM- Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia, por todos momentos de importantes aprendizados e reflexões acerca das pesquisas científicas sobre a saúde das mulheres.

A minha sincera gratidão a todos (as) que de alguma forma contribuíram direta e indiretamente para construção deste trabalho;

NELCIMARA SOUZA DE JESUS

**PRÁTICAS UTILIZADAS POR MULHERES DURANTE O
PARTO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada 57 / 52 / 2014

BANCA EXAMINADORA

Enildo

Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento

Escola de Enfermagem

Universidade Federal da Bahia

Isa Maria Nunes

Profª Drª Isa Maria Nunes

Escola de Enfermagem

Universidade Federal da Bahia

Quessia Paz Rodrigues

Doutoranda Quessia Paz Rodrigues

Escola de Enfermagem

Universidade Federal da Bahia

JESUS, Nelcimara Souza de. Práticas utilizadas por mulheres durante o parto em um Centro de Parto Normal. 2014. f56. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

A medicalização e o uso de terapêuticas intervencionistas têm transformado o parto em evento de autoridade médica, embora as enfermeiras tenham ocupado espaços importantes no cuidado às parturientes. Há evidências de que muitas das intervenções utilizadas no parto são desnecessárias, como a cesárea, pois não contribuem para desfechos favoráveis e retiram o protagonismo da mulher. As altas taxas de cesáreas registradas no Brasil têm sido motivo de preocupação, uma vez que leva à maior morbimortalidade das mulheres. O incentivo ao parto natural levou o Ministério da Saúde à criação dos Centros de Parto Normal, através da Portaria nº 985/1999. Na cidade de Salvador, na Bahia, o primeiro foi implantado em 2011. Desta forma, questiona-se quais são as práticas utilizadas por mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal durante o parto. Este trabalho tem como objetivo: descrever as práticas utilizadas por mulheres durante o parto em um Centro de Parto Normal. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, desenvolvido em um Centro de Parto Normal localizado na cidade de Salvador, Bahia. A coleta de dados foi realizada através do livro de registros de atendimento de 806 mulheres. A análise destes foi realizada por meio de frequência simples. Os resultados apontam que 43,9% dos partos foram assistidos por enfermeiras, 34,4% por enfermeiras e médicas da unidade de saúde; a maioria das mulheres foi acompanhada pelos companheiros (58,6%), seguidos da mãe da parturiente (24,5%) e irmãs (10,5%); os métodos não farmacológicos para alívio da dor foram utilizados por praticamente todas as mulheres, os mais utilizados foram: banho de aspersão (66,5%), deambulação (63,1%), cavalinho (57,4%), bola suíça (48,6%), e massagem (41,4%); 84,2% das mulheres não usaram ocitocina para acelerar o parto. Quanto à posição no momento do parto, 4,5% das mulheres pariram na posição litotômica. A realização de episiotomia ocorreu em 3% dos partos; 34,2% das mulheres não tiveram laceração perineal, 37,2% tiveram lacerações de primeiro grau e em 1,2% ocorreu laceração de terceiro grau. O estudo indica uma relevante utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, podendo-se observar que as mulheres experimentam mais de um deles durante o trabalho de parto e a posição litotômica, utilizada cotidianamente nas instituições de saúde durante o parto, não foi a preferida pelas mulheres. Observa-se também que as práticas utilizadas pelas mulheres no Centro de Parto Normal estão de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, sendo assim, estes ambientes são importantes no incentivo ao uso das boas práticas no trabalho de parto e parto.

Palavra-chave: parto normal; parto humanizado; saúde da mulher; enfermagem obstétrica;

JESUS, Nelcimara Souza de. Práticas utilizadas por mulheres durante o parto em um Centro de Parto Normal. 2014. f56. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

The medicalization and the use of interventional therapies have transformed the parturition in a medical authority event, despite the nurses has occupied important places in care for pregnant women. There is evidences that many of the interventions used in childbirth are unnecessary as the caesarean, because do not contribute to favorable outcomes and they remove the woman's protagonism. The high cesarean rates recorded in Brazil, has been concern's motive, since it leads to a higher morbimortality of women. The encouragement to a natural childbirth led the Health Ministry to the creation of the Normal Birth Centers, through Ordinance No. 985/1999. In Salvador city, in Bahia, the first was implemented in 2011. Then, it wonders what are the practices used by women attending a Normal Birth Center during the childbirth. This paper aims to describe the practices used by women during childbirth in a Normal Labour and Birth Center. It treats of a descriptive and retrospective quantitative study, developed in a Normal Labour and Birth Center, located in the city of Salvador, Bahia. The data collection was performed using the book of attendance records of 806 women. The analysis was performed using the simple frequency. The results points that 43.9% of the childbirths were assisted by nurses, 34.4% by nurses and medical from health unit; most women were accompanied by their partners (58.6%), followed by the mother of the woman in labor (24.5%) and sisters (10.5%); the non-pharmacological methods of pain relief were used practically by all women, the most used were: sprinkling bath (66.5%), ambulation (63.1%), little horse (57.4%), Swiss ball (48.6%) and massage (41.4%); 84.2% of women did not use oxytocin to speed up labor. About the position at the childbirth moment, 4.5% of women gave birth in the lithotomy position. The realization of episiotomy occurred in 3% of the childbirth; 34.2% of the women did not have perineal laceration, 37.2% had first-degree lacerations and 1.2% occurred laceration third degree. The study indicates a relevant use of non-pharmacological methods of pain relief, can be observed that the women experience more than one of them during the labor and the lithotomy position, used daily in health institutions during delivery was not preferred by women. It is also noticed that the practices used by women in the Normal Labour and Birth Centre are in line with the recommendations of the World Health Organization, then these environments are important in encouraging the use of best practices in labor and birth.

Key-words: Normal Labour and Birth; humanized childbirth; woman's health; Obstetric Nursing;

LISTA DE SIGLAS

CPN Centro de Parto Normal

CPNi Centro de Parto Normal Intra-hospitalar

CPNp Centro de Parto Normal Peri-hospitalar

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

EEUFBA Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

GEM Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PPP Pré-parto, Parto e Pós-parto

RN Recém-Nascido

SUS Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Profissional que assistiu o parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador-Bahia, 2011-2013

Tabela 2: Presença de acompanhantes no trabalho de parto e parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Tabela 3: Métodos não farmacológicas para alívio da dor utilizado no trabalho de parto e parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Tabela 4: Uso de ocitocina na indução do trabalho de parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Tabela 5: Posição do parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Tabela 6: Realização de episiotomia e ocorrência de laceração em mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	16
2.2 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM CENTRO DE PARTO NORMAL.....	20
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	25
3.3 AMOSTRA.....	26
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	27
4 RESULTADOS.....	28
5 DISCUSSÃO.....	30
6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A.....	50
ANEXO A.....	51
ANEXO B.....	53
ANEXO C.....	54

1 INTRODUÇÃO

A incorporação do parto como procedimento médico retirou a mulher do papel principal no trabalho de parto e parto, deixando-a apenas como objeto do processo, e colocando os (as) médicos (as) como protagonistas deste evento tão importante na vida da maioria das mulheres, mudando-se assim o cenário do parto, de ambientes domiciliares para o hospital (GONÇALVES *et al*, 2011).

Ainda segundo Jamas (2010), durante muito tempo, a hospitalização do parto retirou da mulher sua individualidade e autonomia, pois ela passa por um ritual no ato da internação: separação da família e entes queridos, retirada de suas roupas e objetos pessoais para utilização do uniforme hospitalar, sendo submetida ainda à “ordens” como não deambular e ficar em jejum.

Em muitas realidades, a assistência obstétrica hospitalar brasileira ainda segue o modelo biomédico marcado pelo emprego excessivo e as vezes inapropriado de intervenções, e o parto passa a ser um evento patológico ao invés de um processo fisiológico e natural. E este uso abusivo de intervenções pode causar efeitos maléficos para mulher como, por exemplo, desconfortos físicos (VOGT *et al*, 2011).

Associado a isso, verifica-se também a ocorrência de intensa medicalização do corpo feminino no processo parturitivo, fazendo com que a mulher perca o domínio e conhecimento da fisiologia do seu próprio corpo, o que vem sendo motivo de insatisfação por parte das próprias mulheres (LOBO *et al*, 2010).

As diversas práticas incorporadas ao trabalho de parto e parto, que visavam alcançar indicadores de saúde, e as metas das instituições proporcionaram um aumento das intervenções no parto, tomaram forma no Brasil, a partir da década de 70, tendo como principal objetivo adequar o nascimento às rígidas rotinas hospitalares. No entanto, as consequências são: altos índices de partos cirúrgicos, utilização de técnicas de manejo ativo do trabalho de parto e uso rotineiro de episiotomia e ocitocina, além da restrição a participação do acompanhante (SCHNECK *et al* 2012).

As intervenções desnecessárias além de trazerem efeitos indesejáveis para a mulher e para o recém-nascido (RN) adicionam custos desnecessários para o sistema de saúde (LOBO *et al*, 2010). Diante das múltiplas intervenções e os efeitos causados por elas, a partir do uso inapropriado da tecnologia começam a surgir muitos questionamentos sobre a prática da assistência obstétrica intervencionista.

No Brasil, as críticas ao modelo de assistência obstétrica intervencionista se

intensificaram a partir da década de 80 através dos movimentos feministas que questionavam as práticas obstétricas existentes e traziam propostas menos intervencionistas e mais humanizadas para assistir às mulheres durante o trabalho de parto e parto, baseadas em experiências já vigentes em outros países onde o atendimento ao parto e nascimento era realizado por enfermeiras obstetras e parteiras especializadas. Nesta assistência, busca-se interferir minimamente no processo fisiológico do parto, proporcionando apoio emocional à mulher durante todo trabalho de parto e parto (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Numa tentativa de responder às reivindicações dos movimentos feministas em 1984, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em ginecologia clínica, DST (doença sexualmente transmitida), planejamento familiar, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011).

Apesar da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), as críticas ao modelo assistencial obstétrico brasileiro permaneceram e se intensificaram, e na década de 90 foram criadas estratégias para promover um novo modelo de assistência ao parto e nascimento que visasse à humanização, redução no número de intervenções, e que permitisse vivenciar o parto como evento fisiológico, devolvendo à mulher seu papel de protagonista deste evento.

Assim o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde (MS) através da portaria nº569/2000, visando reduzir a taxa de morbimortalidade materna, peri e neonatal, melhoria do acesso, cobertura e qualidade no pré-natal, parto e puerpério. O PHPN traz em seus princípios que toda gestante tem direito a uma assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Outra estratégia importante foi à criação dos Centros de Parto Normal (CPN) através da portaria nº 985/1999. Os CPNs foram implantados no Brasil, visando reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, buscando a melhoria da assistência ao parto, permitindo a mulher exercer a sua autonomia e aos profissionais de saúde serem coparticipantes desse processo (CRUZ; BARROS, 2010). Estes serviços integram a Rede Cegonha, uma proposta instituída pelo MS em 2011, visando promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção ao parto e nascimento (SILVA *et al*, 2013).

A regulamentação dos Centros de Parto Normal no Brasil através desta portaria trouxe também a discussão sobre a segurança na ocorrência do parto em modalidades distintas do

ambiente hospitalar (CAMPOS; LANA, 2007). A cultura do modelo biomédico que é centrado na (o) médica (o) como profissional mais indicada (a) para a assistência ao parto, se constitui em um dos fatores que contribuíram para a existência de questionamentos sobre a segurança da assistência em CPNs, vistos que esses centros são compostos, em sua maioria, por enfermeiras obstétricas assistindo às mulheres no trabalho de parto e parto.

Entretanto muitos estudos nacionais e internacionais já foram realizados sobre a efetividade e segurança da assistência prestada nestes ambientes e encontraram resultados positivos com indicadores maternos e neonatais de assistência melhores do que os obtidos nos hospitais com práticas obstétrica tradicionais, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que a enfermeira obstetra é a profissional mais adequada para assistir as mulheres em partos de baixo risco (CRUZ; BARROS, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Além disso, os centros de partos normais incentivam o uso de práticas que interferem de maneira benéfica na fisiologia do parto, tais como o incentivo à livre movimentação da parturiente durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (bola suíça, banho de imersão, cavalinho, realização de massagens), e uso restrito de episiotomia, em detrimento daquelas práticas que interferem ou modificam o curso fisiológico do processo parturitivo de modo nocivo, como o uso rotineiro de ocitocina na indução do parto e a realização de amniotomia (REIS *et al*, 2014).

Em um estudo transversal realizado por Vogt *et al*, (2011), no estado de Minas Gerais com 831 gestantes, foi analisada a frequência das intervenções sobre o trabalho de parto em mulheres com baixo risco gestacional em três modelos de assistência obstétrica do SUS: um CPN peri- hospitalar, um hospital vencedor do prêmio "Galba de Araújo" e uma maternidade que usa as práticas tradicionais de assistência, buscando-se testar a hipótese de que no centro de parto normal o número de intervenções era menor que nos outros locais.

Os resultados apontaram um maior uso da ocitocina na maternidade (59,5%) e menor frequência de uso no centro de parto normal (27,9%). Constatou-se que a realização da episiotomia na maternidade com práticas tradicionais (54,9%) foi quase oito vezes maior que no CPN (7,2%), embora essa prática não seja recomendada para uso rotineiro, foi observado uma utilização em larga escala principalmente na instituição que ainda adota práticas tradicionais de assistência (VOGT *et al*, 2011).

Neste trabalho, 25,6% das mulheres atendidas no CPN não sofreram nenhuma intervenção no trabalho de parto, ao passo que no hospital Galba o percentual foi 14,3% e na maternidade tradicional de 5,3%. Chegando-se a conclusão que CPN foi à modalidade

assistencial que apresentou menores frequências de intervenções tais como: amniotomia, episiotomia, uso de ocitocina, sugerindo esta modalidade como uma boa estratégia para redução de intervenções no trabalho de parto e parto, sem danos para saúde da mulher e do recém-nascido (VOGT *et al*, 2011).

No estudo observacional, transversal e retrospectivo realizado por Cruz e Barros (2010), cujo objetivo foi descrever as práticas obstétricas e os resultados maternos e neonatais de dois centros de parto normal do município de São Paulo, comparando-se as unidades intra e extra-hospitalares, constatou-se que o CPN intra-hospitalar utilizou com maior frequência intervenções como uso de ocitocina e realização de amniotomia, ao passo que no CPN extra-hospitalar apresentou maior frequência de parturientes com períneo íntegro após o parto, e rompimento de membranas de maneira espontânea.

Embora o estudo tenha apontado vantagens para o CPN extra-hospitalar com relação ao menor uso de intervenções, nas duas instituições estudadas, os resultados maternos e neonatais não evidenciaram complicações relacionadas às práticas utilizadas, sendo que ambos os CPNs seguiram as recomendações da Organização Mundial de Saúde e aplicando as intervenções somente nos casos indicados (CRUZ; BARROS, 2010).

Em uma outra pesquisa exploratória, não experimental, com coleta retrospectiva de dados, que teve o objetivo de verificar a ocorrência de infecção puerperal no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeverica no município de São Paulo, observou-se que dentre as 10.559 mulheres que pariram no período pesquisado, 0,16% apresentaram infecção puerperal, concluindo assim que a assistência obstétrica prestada nesta modalidade de cuidado traz benefícios para à clientela atendida (MACHADO; PRAÇA, 2005).

A assistência obstétrica prestada nos centros de parto normal tem sido associada à resultados positivos com relação ao processo de humanização do parto e nascimento tais como, redução das taxas de realização de episiotomia, e utilização de ocitocina. É neste contexto que se justifica a descrição das práticas utilizadas pelas mulheres durante parto no primeiro centro de parto normal brasileiro ligado à Rede Cegonha, possibilitando assim maior visibilidade para a assistência obstétrica realizada neste cenário.

A motivação para a realização desse estudo se dá primeiramente pela identificação pessoal com a temática Saúde da Mulher e Obstetrícia que se iniciou a partir da realização de um estágio extracurricular com duração de um ano, em um programa denominado Permanecer SUS, no qual estudantes da área da saúde realizam acolhimento com escuta qualificada aos usuários de serviços de emergência.

Neste estágio, fui alocada para atuar em uma maternidade pública de Salvador e assim

pude ter um contato mais próximo com a área de Saúde da Mulher e Obstetrícia, despertando-me grande interesse, posteriormente cursei a disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher em Maternidade, e durante as práticas realizadas na disciplina minha identificação pela área se intensificou.

Com o término do componente curricular, busquei aprofundamento dos estudos da temática através da participação no Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) na condição de bolsista de iniciação científica e integrante do projeto de dissertação da mestrandia Andréa Lorena Santos Silva intitulado Cuidado de Enfermagem às mulheres em um Centro de Parto Normal, do qual esta pesquisa é um recorte.

O presente estudo tem como questão de pesquisa: quais são as práticas utilizadas por mulheres durante o parto em um Centro de Parto Normal? O objetivo descrever as práticas utilizadas por mulheres durante o parto em um Centro de Parto Normal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Atualmente a maioria dos serviços de assistência obstétrica brasileiros ainda se caracteriza pelo emprego excessivo e às vezes inapropriado de intervenções no trabalho de parto e parto, e embora existam movimentos governamentais e não governamentais que incentivam a humanização do parto e nascimento, ainda se observa elevados índices de partos cirúrgicos no país, fazendo deste o campeão mundial em realização de cesarianas que na maioria das vezes são desnecessárias, indicador importante do modelo tecnocrático de assistência obstétrica (PASCHE, *et al* 2010).

De acordo com Moura *et al* (2007), a assistência ao parto e nascimento no nosso país, segue duas concepções distintas de cuidados: uma caracterizada pelo modelo biomédico e tecnicista, com uso intensivo de intervenções e prática rotineira de cesarianas sem indicação obstétrica para a realização, esse modelo ainda é o vigente na maioria das instituições brasileiras, principalmente no setor privado de assistência à saúde e é praticado pela maioria dos profissionais médicos; a segunda concepção diz respeito ao modelo humanizado de cuidado ao parto e nascimento que preserva pelo uso de métodos não invasivos de cuidados, esta concepção é a mais utilizada pelas enfermeiras obstetras.

Na pesquisa citada acima, chegou-se à conclusão que a assistência prestada a mulher no período gravídico-puerperal, em alguns contextos, ainda é realizada de maneira tecnicista, contribuindo assim para manutenção do uso inapropriado e excessivo de procedimentos invasivos (MOURA *et al* 2007).

O tipo de assistência tecnocrática utiliza métodos meramente técnicos, desprezando os aspectos humanos, sociais, psicológicos e emocionais das mulheres, concebendo o corpo feminino como uma máquina incompleta, que necessita de intervenções, sendo a mulher colocada em uma posição passiva e coadjuvante, enquanto o (a) profissional de saúde é o (a) protagonista “realizando” o parto (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Quantos as práticas obstétricas que são utilizadas no trabalho de parto e parto, a OMS por meio do guia prático de assistência ao parto normal as classifica em quatro categorias (Anexo A) de acordo com as evidências científicas: o grupo A reuni aquelas práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas; na categoria B estão aquelas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; o grupo C contempla as práticas sobre as quais não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser

utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e o D são aquelas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

No cenário de assistência ao parto brasileiro, se observa que as práticas classificadas pela OMS como prejudiciais ou ineficazes e que portanto devem ser eliminadas, ainda são utilizadas em larga escala nas instituições de saúde públicas e privadas que assistem as mulheres no parto, ao passo que as práticas úteis e que devem ser encorajadas não são realizadas na maioria das vezes, embora possam ser facilmente aplicadas na assistência ao parto e nascimento. Sendo assim, a adoção dessas práticas recomendadas pela OMS tem sido um desafio para os serviços, gestores e profissionais de saúde (SOUSA, 2013).

Com relação ao tipo de parto realizado, verifica-se que prevalece a via de parto cesariana segundo resultados preliminares do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - Nascer no Brasil, estudo realizado em maternidades públicas, privadas e mistas (maternidades privadas conveniadas ao SUS) e que entrevistou 23.894 mulheres no período de fevereiro 2011 a outubro de 2012. Os resultados apontaram que a maioria das mulheres (52%) tiveram parto cesariano sendo 46% das cesarianas realizadas no setor público de saúde, ao passo que no setor privado a situação é ainda mais preocupante, observando-se uma taxa de 88%, número bastante elevado em comparação a porcentagem de 15% recomendada pela Organização Mundial de Saúde (LEAL, 2012).

Corroborando com o achado, Reis *et al* (2009), traz que anualmente são realizados no Brasil 560.000 partos cesáreos sem indicação obstétrica adequada, produzindo assim gastos desnecessários para o sistema de saúde. Vale salientar também que estes partos cirúrgicos sem indicação obstétrica adequada podem trazer consequências nocivas para a mulher como maior incidência de infecção puerperal, maior risco de rotura uterina e placenta prévia para casos em que existe cesárea anterior, e também para a saúde do RN, como, por exemplo, risco aumentado para ocorrência de obesidade, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e processos alérgicos (LEAL, 2014).

Pinheiro e Bittar (2013) realizaram um estudo com 27 mulheres, com o objetivo de descrever suas percepções, experiências e expectativas em relação ao parto normal, e como resultado observou que a maioria das entrevistadas desejavam que seu parto fosse normal, justificando que esta via de parto possibilita uma recuperação puerperal mais rápida, contribuindo para autonomia das puérperas na realização das atividades de vida diária e nos cuidados com o RN, e tem ainda menor risco de desenvolver infecções puerperais, ao passo que entre as que desejavam o parto cesáreo, o principal argumento utilizado para justificar a

preferência pela via cesariana foi a ausência de dor.

No estudo de Gama *et al*, (2009) cujo objetivo foi analisar as representações e experiências sobre o parto normal e cesáreo de mulheres de diferentes estratos socioeconômicos, observou-se que as mulheres ao compararem o parto normal e a cesariana relataram maiores vantagens para o primeiro, como por exemplo: o protagonismo da mulher e a qualidade na relação com o bebê, quanto as representações do parto normal, se destacaram a percepção do parto ativo, com maior vivência das dores. No que se refere ao parto cesariano, estas relataram ser mais cômodo e se adequar a rotina de vida intensa da mulher contemporânea, já que este pode ser agendado previamente, no entanto trouxeram como desvantagens a dificuldade na recuperação e os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico.

Somando-se a isto, Leal (2014) constatou no seu estudo que pouco mais de 70% das mulheres desejavam parto vaginal no início da gestação, entretanto poucas foram atendidas, e mesmo as que tiveram parto normal, estes ocorreram com intensa medicalização, e uso excessivo de intervenções como realização de episiotomia, utilização de ocitocina para acelerar o trabalho de parto e manobra de Kristeller. No mesmo estudo, foi constatado que a maioria das parturientes deu a luz na posição litotômica, e não puderam se alimentar, deambular ou utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, observando-se assim que embora tenha ocorrido o parto normal, não foi dada à estas mulheres a oportunidade de vivenciar o parto de maneira humanizada.

A ocorrência de intervenções excessivas vem sendo alvo de críticas, pois muitas não possuem evidências científicas de seus benefícios, a exemplo, da episiotomia que consiste numa incisão cirúrgica feita com tesoura ou lâmina de bisturi e que requer sutura para sua correção, esta é realizada com o objetivo de alargar o períneo durante o período expulsivo para então auxiliar a saída do concepto, e que apesar de ser utilizada em larga escala nos serviços públicos e privados de saúde, não existe comprovação científica que sustente a sua utilização. Ao contrário, têm sido descritos prejuízos, como maior perda sanguínea e ocorrência de incontinência urinária (RIMOLO, 2011; SALGE *et al*, 2012).

Além do mais, a Organização Mundial de Saúde recomenda limitação no uso deste procedimento, não devendo ultrapassar a porcentagem de 10%, classificando sua prática rotineira no grupo D, aquele que reuni as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Corroborando com tal recomendação, Carvalho *et al*, (2010), traz que a realização de episiotomia não funciona como fator de proteção para a ocorrência de lacerações perineais graves, ao contrário o próprio corte cirúrgico, atinge tecido muscular, tecido nervoso e pele,

sendo a lesão causada pela realização deste procedimento classificada como laceração de segundo grau. Por outro lado, quando ocorrem lacerações espontâneas, na maioria dos casos são lesionados apenas pele e mucosa, e o processo de cicatrização ocorre mais rápido.

Vale ressaltar que as lacerações perineais são classificadas em 1º, 2º e 3º graus, as de primeiro ocorrem quando apenas pele ou mucosa vulvovaginal sofrem algum tipo de descontinuidade, no caso das de segundo a descontinuidade ocorre em fibras musculares, são consideradas de terceiro grau aquelas que atingem até o esfíncter anal (COLACIOPPO, 2011).

É importante salientar que embora haja recomendação de uso restrito de episiotomia, observa-se que este procedimento ainda é utilizado de modo rotineiro na maioria das instituições que atendem mulheres no processo durante o parto e nascimento, no estudo realizado em uma maternidade pública de ensino de Pernambuco, foi encontrado um percentual de 29,1%, notando-se maior índice de realização de episiotomia, em adolescentes, primíparas e mulheres que não haviam tido parto vaginal nas gestações anteriores (CARVALHO *et al*, 2010).

Pesquisa realizada no estado de São Paulo abordou 35 mulheres que relataram suas percepções em relação à episiotomia, a maioria das entrevistadas relatou a necessidade de realização do procedimento em casos de bebê grandes, a fim de evitar dores e sofrimento no período expulsivo, a ausência desta prática foi visto por elas, como indicador negativo da assistência, neste estudo notou-se também que muitas mulheres não sabiam se tinham sido submetidas ao procedimento (WEY *et al*, 2011), demonstrando assim que estas mulheres ainda veem a episiotomia como um procedimento necessário para a ocorrência do parto e nascimento de maneira adequada.

Outro fator bastante alarmante com relação a assistência obstétrica prevalente no Brasil são as elevadas taxas de uso de ocitocina para indução do trabalho de parto, este hormônio promove as contrações uterinas durante o trabalho de parto e contribui para ejeção do leite na amamentação, ele é produzido naturalmente pelo corpo feminino nas quantidades adequadas para as diferentes fases do processo parturitivo, entretanto têm-se utilizado altas taxas de ocitocina artificial para induzir o trabalho de parto, o que pode causar contratilidade uterina excessiva (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2010).

No estudo qualitativo realizado por Silva e Santos (2009) no Rio de Janeiro, cujo objetivo foi descrever a percepção das mulheres sobre a assistência recebida no setor público durante o ciclo gravídico puerperal, as depoentes relataram o uso de procedimentos invasivos no trabalho de parto como tricotomia e enema, elas referiram também ter tido restrição alimentar e líquida, e terem utilizado ocitocina para acelerar o trabalho de parto. Neste estudo,

constatou-se que a maioria das mulheres não deambularam durante o trabalho de parto, verificou-se também que elas foram submetidas a episiotomia sem indicação obstétrica que justificasse e sem a autorização destas.

Com tais resultados, conclui-se que a assistência obstétrica brasileira ainda é marcada pelo uso intensivo de intervenções e que ainda prevalece a visão do parto como processo patológico, que necessita de procedimentos e manipulações, apesar das evidências apontarem que é possível se obter resultados exitosos com medidas menos invasivas e capazes de tornar este momento menos sofrido e com mais autonomia para a mulher.

2.2 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM CENTRO DE PARTO NORMAL

Segundo a portaria ministerial nº 904/2013, os Centros de Parto Normal (CPNs) são Unidades de Saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes a um estabelecimento hospitalar, localizado nas dependências internas ou externas desse estabelecimento, os que estão localizados nas dependências internas do estabelecimento hospitalar são denominados Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi), aqueles localizados nas dependências externas ao estabelecimento são classificados como Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp) e devem estar a uma distância de, no máximo, duzentos metros do referido estabelecimento (BRASIL, 2013).

Embora a portaria citada anteriormente seja a mais atual, ainda existem no país Centros de Parto Normal funcionando de maneira extra-hospitalar, pois este tipo de localização concorda com o preconizado pela portaria 985/99 responsável pela criação dessa modalidade de assistência. Estes estabelecimentos que não se enquadram nos requisitos da portaria atual, podem continuar em funcionamento, desde que sejam considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no Município, sendo então nestes casos habilitados pelo Ministério da Saúde mediante solicitação do gestor de saúde, após pactuação prévia na Comissão Intergestores Regional, com inclusão no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (BRASIL, 2013).

De acordo com a portaria nº 904/2013, os requisitos para constituição da unidade de um estabelecimento hospitalar como CPN são: a condução da assistência ao parto de risco habitual, da admissão à alta, realizada por enfermeira obstetra ou obstetrix; garantia da continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar ao qual pertence, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico; garantia da assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais (BRASIL, 2013).

A implementação dos Centros de Parto Normal no Brasil, foi respaldada em resultados positivos encontrados em estudos internacionais realizados e nas recomendações da OMS sobre o local que devem ocorrer o parto e o (a) profissional mais adequado (a) para assistir. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os partos de baixo risco podem ser assistidos com segurança no domicílio, em um centro de parto normal/casa de parto, ou em uma maternidade, esta define parto de baixo risco como aqueles que têm início espontâneo entre 37 e 42 semanas completas, sem fator de risco identificado e que se mantenha assim durante à gestação até o nascimento de recém-nascido em posição cefálica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Os Centros de Parto Normal possuem características distintas do ambiente hospitalar, criando uma estrutura que possibilita uma assistência menos intervencionista, considerando o parto como um evento fisiológico. Esta modalidade de assistência tem como princípios norteadores do seu funcionamento a utilização adequada dos recursos na assistência, e a diminuição no número de intervenções realizadas desnecessariamente, contribuindo assim para o processo de humanização do cuidado ao parto e nascimento (RIESCO *et al*, 2009; CRUZ; BARROS, 2010).

Segundo Gama (2009), a humanização do parto e nascimento consiste em um conjunto de condutas que contribue para a ocorrência de um parto saudável e sem uso de intervenções desnecessárias ou prejudiciais, neste tipo de assistência preconiza-se o domínio da mulher sobre seu corpo no processo parturitivo, utilizando os saberes das práticas baseadas em evidências científicas, sendo que humanizar implica também em respeitar as necessidades e singularidade de cada mulher.

De acordo com Brasil (2008, humanizar o parto é adequá-lo a cada mulher e seus familiares, sendo que a técnica nunca deve tomar o protagonismo da mulher. Silva (2012) afirma ainda que o modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento promove uma melhor relação profissional-paciente, visto que os cuidados são pactuados e decididos conjuntamente, fazendo com que a parturiente sinta-se parte atuante desse processo.

No seu estudo Lobo *et al*, (2010) acrescenta que os cuidados desenvolvidos nos centros de parto normal valorizam o parto como um acontecimento único na vida da mulher que deseja tê-lo, envolvendo assim aspectos psicológicos, sociais e emocionais da parturiente e de sua família, ressaltando também a necessidade de inclusão da mulher nas decisões a serem tomadas sobre o seu próprio cuidado, contribuindo assim para participação ativa e participativa da parturiente durante o parto e nascimento.

Esta modalidade de assistência funciona na maioria dos casos com a atuação exclusiva de enfermeiras obstétricas conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde que

reconhece esta profissional como a mais adequada para assistir às mulheres em partos de baixo risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

O trabalho das enfermeiras obstetras encontra respaldo na resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 339/2008, que normatizou a atuação destas profissionais nos Centros de Partos Normais e/ou Casas de Parto, e lhe deu atribuições como: prestar assistência ao parto normal sem distorcia; prestar acolhimento a mulher e seus familiares durante do ciclo gravídico-puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como as do feto; garantir presença de acompanhantes de livre escolha da mulher, desde o pré-natal até a alta; avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições fetais, utilizando-se dos recursos do partograma e dos exames complementares; priorizar a utilização de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, respeitando a individualidade da parturiente (COFEN, 2008).

Ainda segundo Scheidt (2011), os Centros de Parto Normal buscam transformar o parto e nascimento em um momento de celebração familiar, e colaborar para o processo de empoderamento da mulher sobre seu próprio corpo, possibilitando a realização de um parto menos intervencionista e que proporcione experiências positivas para estas, sendo que esta modalidade de assistência também tem sido uma estratégia eficaz na redução das taxas de realização de cesariana.

Sendo assim, estes locais foram criados com o intuito de resgatar o direito à privacidade e a dignidade da mulher, ao passo que permite que ela dê a luz em um local aconchegante e familiar semelhante ao ambiente domiciliar, mas que propicia as condições necessárias para sua segurança e do recém-nascido, ofertando-lhes recursos tecnológicos em casos de eventual necessidade (MACHADO; PRAÇA, 2006).

A vivência de mulheres parturientes no contexto do atendimento em uma casa de parto foi investigada por GONÇALVES *et al.*, (2011), no estudo as mulheres entrevistadas trouxeram como pontos positivos da assistência, a conduta e postura ética das profissionais que forneciam orientações e informações principalmente sobre a evolução do parto, propiciando informações relevantes para que as parturientes pudessem participar da escolha das condutas a serem adotadas no seu trabalho de parto e parto, elas referiram ainda que o ambiente da casa de parto é tranquilo e aconchegante se comparado com o hospital tradicional.

Numa pesquisa realizada por Jamas (2010), com o objetivo de descrever a experiência de mulheres que foram atendidas em um centro de parto normal intra- hospitalar localizado na cidade de São Paulo, a maioria das entrevistadas revelaram satisfação com relação ao atendimento prestado pelas profissionais da instituição, referindo que estas eram atenciosas e davam orientações sobre evolução do trabalho de parto, frequência das contrações e finalidades

do uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Muitas referiram gostar do uso da bola suíça, porque havia auxiliado na diminuição da sensação dolorosa, outras relataram que o banho acelerou o trabalho de parto, o que foi positivo para elas. Com relação a presença do acompanhante, elas referiram ser importante, transmitindo conforto, apoio, tranquilidade e proteção.

Em um estudo realizado em uma casa de parto no Rio de Janeiro, que teve o objetivo de identificar as atitudes e práticas de enfermeiras obstétricas e discutir seus efeitos durante o trabalho de parto sob a percepção das mulheres, as 12 puérperas entrevistadas relataram que a presença do acompanhante é muito importante, pois faz com que elas sintam-se mais seguras, e confiantes com relação ao processo de parturição (NASCIMENTO *et al*, 2010).

Além do mais, segundo o estudo supracitado a presença do acompanhante contribui para que a mulher encontre “forças” e consiga ter um trabalho de parto e parto mais tranquilo, com menor sensação dolorosa, o que tem auxiliado na redução das taxas de cesariana e solicitações de analgesia, as entrevistadas também reconheceram que o estímulo a presença e a participação ativa do acompanhante é uma prática muito utilizada pelas enfermeiras obstetras que atuavam na instituição onde a pesquisa foi realizada (NASCIMENTO *et al*, 2010). Evidenciando assim que esta categoria profissional tem influência positiva no estímulo a presença de acompanhantes.

Embora a presença do acompanhante seja um direito legal das mulheres garantido pela Lei Federal 11.108/2005 e existam evidências científicas sobre os benefícios dessa prática, muitas mulheres ainda enfrentam barreiras institucionais e profissionais para usufruir desse direito, principalmente em hospitais com práticas tradicionais de assistência, e segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, menos de 10% das mulheres usufruíram desse direito nas instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), no setor privado este número foi um pouco maior, 34% (PEREIRA *et al*, 2013).

No âmbito da assistência em centros de parto normal, observa-se que este direito é respeitado, e que praticamente todas as mulheres atendidas nesta modalidade de cuidado possuem acompanhante de sua livre escolha, o estudo de Pereira *et al*, (2013) realizado num CPN do Rio de Janeiro, constatou que 94,1% das mulheres puderam contar com este componente, demonstrando então que este modelo de assistência respeita a legislação brasileira vigente e valoriza as evidências científicas.

Diante do exposto, observa-se que os resultados da assistência ao parto e nascimento em centros de parto normal têm sido associados a maior satisfação das mulheres e suas famílias, e embora o hospital realize maior número de intervenções no trabalho de parto e parto, os

resultados maternos e neonatais são equivalentes ou inferiores aos encontrados em centros de parto normal, demonstrando assim que essa modalidade de assistência apresenta um cuidado com menos intervenções e que não representa risco para a saúde da mulher e RN (SCHNECK *et al*, 2012).

No mais, os estudos realizados sobre assistência ao parto em Centros de parto Normal (PEREIRA *et al*, 2012; LOBO *et al*, 2010; CAMPOS e LANA, 2007; SCHNECK *et al*, 2012), trazem resultados positivos com relação a humanização do parto, como elevados índices de participação de acompanhantes, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, taxas de realização de episiotomia e uso de ocitocina mínimas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, descritivo, exploratório, no qual a coleta de dados foi realizada de maneira retrospectiva. Segundo Dalfovo *et al*, (2008) o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação dos dados, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, fazendo uso de técnicas estatísticas simples ou complexas, objetivando assim evitar distorções de análise e interpretação dos dados, possibilitando uma maior margem de segurança para o estudo, este tipo de método é frequentemente utilizado em estudos descritivos.

O desenho de estudo descritivo geralmente é utilizado quando um fenômeno ainda foi pouco explorado, o (a) pesquisador (a) observa, descreve e documenta os aspectos encontrados sobre o fenômeno, não há manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenômeno. Este tipo de desenho descreve o que existe de fato, determina a frequência em que este fato ocorre e categoriza a informação, ou seja, neste tipo de estudo tem-se o intuito de descrever fatos ou fenômenos estudados sem interferir sobre os mesmos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; SOUZA *et al*, 2013).

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado num Centro de Parto Normal (CPN) localizado em bairro periférico da cidade de Salvador na Bahia. Está em funcionamento desde 26 de agosto de 2011, conta com um diretor geral, um coordenador médico, uma coordenadora de enfermagem, dez médicas obstetras, duas neonatologistas, dez enfermeiras obstétricas, nove técnicas de enfermagem, uma fisioterapeuta, quatro recepcionistas, quatro copeiras, seis profissionais de higienização, quatro motoristas da ambulância para caso em que haja necessidades de transferência maternas ou neonatais, um administrador e um auxiliar administrativo.

Quanto a estrutura física, este dispõe de uma recepção, sala de atendimento para realização de avaliação inicial da gestante, varanda, posto de enfermagem, conforto médico e de enfermagem, sala de convivência, sala de arquivos e materiais de limpeza, sala de esterilização de materiais, sala da coordenação de enfermagem, seis quartos suítes equipados com leitos PPP (pré-parto, parto e pós- parto), equipamentos para suporte ao trabalho de parto e parto, recursos utilizados para alívio da dor de forma não-farmacológica ou prática de

posições verticais durante o parto como bola suíça, banco obstétrico, puff obstétrico, cavalinho, escada de Ling, entre outros. Em um dos quartos conta-se ainda com uma banheira para caso a mulher deseje relaxar ou mesmo ter o seu parto na água.

Este Centro de Parto Normal possui características peculiares em relação aos demais centros, pois o mesmo é um CPN extra-hospitalar localizado dentro de uma instituição não governamental que oferece muitos serviços à comunidade, como policlínica, centro de saúde, laboratório, escolas de educação infantil e ensino fundamental, creche, centro de arte e educação integral, cursos de informática, gráfica e livraria (CENTRO DE PARTO NORMAL MARIETA DE SOUZA PEREIRA, 2014). O CPN estudado nesta pesquisa foi fundado antes promulgação da Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013 que versa sobre a regulamentação destes serviços e afirma que os CPNs devem pertencer a um estabelecimento hospitalar, entretanto coloca também que os CPNs que não se enquadrem na nova portaria podem continuar funcionando desde que este tenha as características exigidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Os critérios definidos no protocolo para admissão neste centro de parto normal são: gestação única e de risco habitual (baixo risco); apresentação cefálica fletida; gestante com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor ou igual 41 semanas e 4 dias; ter realizado no mínimo 04 consultas de pré-natal; fase ativa do trabalho de parto: três contrações eficazes em 10 minutos, 3,0 cm de dilatação; idade entre 14 e 40 anos; paridade: gestantes que tenha tido no máximo até 4 partos; ausência de intercorrência clínicas pregressas ou atuais; níveis pressóricos normais; amniorrexe precoce até 12 horas com colo favorável.

3.3 AMOSTRA

Constituiu-se a partir de dados secundários coletados no livro de registro da unidade, referentes às práticas utilizadas no parto de 806 mulheres, atendidas no período de 22 de Agosto de 2011 até 22 de Agosto de 2013, compreendendo um intervalo de 2 anos.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram obtidos por meio de consulta ao livro de registro de atendimentos da unidade de saúde do estudo. Utilizou-se um formulário (Apêndice A) impresso com as variáveis de interesse para a pesquisa: profissional que assistiu ao parto, presença do acompanhante, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, uso de ocitocina parto para indução do parto, posição do parto, realização de episiotomia e ocorrência de laceração perineal.

Os dados ocorreram após a instituição autorizar a realização do estudo (Anexo B), estes foram coletados de outubro a dezembro de 2013. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise descritiva por frequência simples e absoluta.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por meio do parecer de nº 367.461 (Anexo C), seguindo as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolução vigente no período em que o projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas da EEUFBA, no entanto respeita também os princípios presentes na resolução 466/12 mais atual do próprio Conselho.

4 RESULTADOS

Os dados da tabela 1 apontam que 43,9% dos partos foram assistidos exclusivamente por enfermeiras, 34,4% por enfermeiras e médicas, e 21,7% pelas médicas da unidade.

Tabela 1: Profissional que assistiu o parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Variável	N	%
Profissional		
Enfermeira	354	43,7
Médica e enfermeira	277	34,4
Médica	175	21,7
Total	806	100

Fonte: Coleta de dados

No que se refere à presença de acompanhante observa-se que 95,7% das mulheres tiveram acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, sendo que na maioria dos casos (58,6%), o acompanhante foi o seu companheiro, seguindo pela sua genitora (24,5).

Tabela 2: Presença de acompanhantes no trabalho de parto e parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Variável	N	%
Presença de acompanhantes		
Companheiro	473	58,6
Mãe	198	24,5
Irmã	85	10,5
Sogra	38	4,7
Amiga	35	4,3
Cunhada	33	4,1
Outros	79	9,7
Sem acompanhante	35	4,3
Sem registro	2	0,2

Fonte: Coleta de dados

Quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, observar-se na tabela 3 que os mais utilizados foram: banho de aspersão (66,5%), deambulação (63,1%) e cavalinho (57,4%). Nota-se também que 21 mulheres não fizeram uso de nenhuma medida de conforto.

Tabela 3: Métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizado no trabalho de parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Variável	N	%
Práticas de conforto		
Banho de aspersão	536	66,5
Deambulação	509	63,1
Cavalinho	463	57,4
Bola suíça	392	48,6
Massagem corporal	332	41,4
Outros	58	7,1
Sem registro	29	3,5
Não utilizou nenhum método	21	2,6

Fonte: Coleta de dados

O uso de ocitocina é apresentado na Tabela 4, observando-se uma predominância de (84,2%) dos partos realizados sem utilização de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, entretanto, 13,7% destes ocorreram com indução.

Tabela 4: Uso de ocitocina na indução do trabalho de parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Variável	N	%
Uso de ocitocina		
Sim	110	13,7
Não	679	84,2
Sem registro	17	2,1
Total	806	100

Fonte: Coleta de dados

Sobre a posição em que ocorreu o parto, houve predomínio da posição semi-sentada (69%), seguindo da sentada (15%) e cócoras (7,2%), 4,5% das mulheres pariram na posição litotômica. A Tabela 5 apresenta as variáveis em relação à posição do parto.

Tabela 5: Posição do parto de mulheres atendidas em um CPN de Salvador- Bahia, 2011-2013

Variável	N	%
Posição do parto		
Semi-sentada	556	69
Sentada	121	15
Cócoras	58	7,2
Litotomia	36	4,5
Gaskin	14	1,7
Sem registro	6	0,8
Outras	15	1,8
Total	806	100

Fonte: Coleta de dados

Observa-se que a episiotomia foi realizada em 3%, das mulheres que realizaram o parto no CPN. Em 34,2% das mulheres o períneo manteve-se íntegro, 37,2% tiveram lacerações de 1º grau, 27,2% de 2º grau, e 1,2% delas apresentaram lacerações de 3º grau, conforme a tabela.

Tabela 6: Realização de episiotomia e ocorrência de laceração em mulheres atendidas em um CPN de Salvador - Bahia, 2011-2013

Variável	N	%
Realização de episiotomia		
Sim	24	3
Não	781	96,9
Sem registro	1	0,1
Ocorrência de laceração		
Períneo íntegro	276	34,2
1º grau	299	37,2
2º grau	219	27,2
3º grau	10	1,2
Sem registro	2	0,2
Total	806	100

Fonte: Coleta de dados

5 DISCUSSÃO

Os dados do estudo revelaram que 43,9% dos partos ocorridos no centro de parto normal estudado foram assistidos exclusivamente pelas enfermeiras obstetras da instituição, porcentagem relativamente baixa quando se considera que essa modalidade de cuidado prevê a humanização do parto e nascimento, e a atuação dessas profissionais tem sido associada a redução do uso de intervenções desnecessárias, existindo inclusive centros de parto normal que funcionam exclusivamente com a atuação de enfermeiras obstetras, por outro lado esta porcentagem foi superior a taxa de 15% de nascimentos assistidos por estas profissionais, encontrada no Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - Nascer no Brasil realizado em serviços de saúde públicos, privados e mistos de 191 municípios brasileiros (LEAL, 2014).

Infere-se que este percentual de partos assistidos por enfermeiras, considerado baixo por se tratar de uma modalidade diferenciada de assistência, pode ter sido influenciado pelo fato de que em determinado momento, especificamente nos primeiros meses de funcionamento do centro de parto normal estudado não havia distinção sobre qual categoria profissional tinha assistido ao parto, pois as profissionais entendiam que as atividades eram realizadas pela equipe de saúde, sendo assim estas registravam que o parto tinha sido assistido pela médica e pela enfermeira, o que resultou em um percentual de 34,4% de partos registrados como assistidos pelas duas profissionais.

Entretanto, a partir do entendimento que o quantitativo de nascimentos assistidos por cada categoria profissional representa um dos indicadores de assistência que devem ser monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelos centros de parto normal segundo a portaria nº 904/2013 do Ministério da Saúde, começou a se considerar como quem assistiu ao parto, a profissional que acompanhou a mulher durante o período expulsivo.

Diante do presente resultado se faz necessário um maior incentivo a participação das enfermeiras obstetras no cenário do parto, visto que a Organização Mundial de Saúde, afirma estas são as profissionais mais adequadas para assistir as mulheres em partos de baixo risco (risco habitual). Camacho e Progianti (2013) corrobora afirmando que a atuação das enfermeiras obstetras na assistência a mulher no trabalho de parto e parto contribui para ocorrência de melhores indicadores de morbimortalidade materna e perinatal, auxiliando também na redução do uso de práticas obstétricas intervencionistas e invasivas no cuidado ao parto e nascimento.

Caus *et al*, (2012) afirma ainda que a assistência realizada pela maioria das enfermeiras

obstetras é pautada na valorização da mulher como ser humano único, respeitando suas demandas, seu tempo, proporcionando também o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor na condução do trabalho de parto. As parturientes entrevistadas nesta pesquisa relataram um cuidado realizado pelas enfermeiras contemplando a integralidade e favorecendo a escuta qualificada, preservando a sua feminilidade, sem imposições ao tipo de cuidado. As participantes consideraram a presença das enfermeiras como fundamental durante o trabalho de parto e parto, transmitindo segurança e coragem.

No estudo realizado em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, observou-se que durante a assistência as mulheres, as enfermeiras obstetras realizavam práticas que interferem de maneira benéfica no processo parturitivo como os exercícios respiratórios e o estímulo a deambulação e movimentação da gestante durante o trabalho de parto. Isto evidencia que esta categoria profissional atua em concordância com os princípios da humanização do parto e nascimento, logo a atuação destas profissionais constitui um importante agente para incorporação das mudanças propostas pela Organização Mundial de Saúde e das recomendações do Ministério da Saúde (REIS *et al*, 2014).

O desempenho das enfermeiras obstetras no parto de baixo risco está associada também a ocorrência de mudanças nas rotinas existentes nas instituições de saúde, com a implementação de práticas benéficas e que não interferem no processo fisiológico do parto, e redução do uso de práticas que modificam o curso fisiológico deste. Entre as práticas que não interferem e que são utilizadas pelas enfermeiras encontram-se o incentivo à presença e participação de acompanhantes no processo parturitivo e o estímulo à adoção de posições verticalizadas no parto, ações que são consideradas fundamentais para promover um cuidado qualificado e humanizado (BRÜGGEMANN *et al*, 2013).

Segundo Barbieri *et al*, (2013) a atuação das enfermeiras obstetras é de extrema relevância, pois propicia a utilização de práticas não intervencionistas e não medicamentosas de cuidado durante o trabalho de parto e parto, favorecendo a redução do estresse materno. Ademais Brasil (2008), afirma que o processo de formação da enfermeira obstetra enfatiza os aspectos psicológicos, emocionais, socioculturais e fisiológicos do processo parturitivo. Dessa forma, ficam aptas a atuarem com base na compreensão do parto como fenômeno singular para cada mulher que o vivencia, ao passo que os profissionais médicos têm uma formação voltada prioritariamente para as possíveis complicações biológicas da gestação e parto, fazendo com que estes profissionais geralmente vejam o parto como uma situação de risco e que exige interferência como o uso intensivo de tecnologias.

Entretanto o processo de formação não pode ser utilizado como justificativa para

manutenção de práticas e atitudes que são nocivas para a mulher, visto que os profissionais possuem a responsabilidade de buscar subsídios para atualização dos conhecimentos, buscando utilizar as práticas em concordância com as evidências científicas, pois o processo de formação é constante, por outro lado as intuições de saúde também devem ofertar oportunidade de formação permanente e continuada para estes profissionais.

Quanto a presença do acompanhante no centro de parto normal estudado, se observou que (95,7%) das mulheres foram acompanhadas durante o trabalho de parto e parto, sendo que mais da metade (58,6%) foram acompanhadas por seu companheiro, 24,5% pela sua mãe e 10,5% pela sua irmã, a proporção de mulheres que tiveram acompanhantes corrobora com o resultado encontrado no estudo realizado em uma casa de parto carioca (94,1%), e ao centro de parto normal peri-hospitalar localizado em São Paulo (92,2%) (PEREIRA *et al*, 2013; LOBO *et al*, 2010).

Cabe salientar que o centro de parto normal em questão, permite a presença de até dois acompanhantes no momento do parto, durante o trabalho de parto e após permanece com a mulher um acompanhante, por essa razão o quantitativo de acompanhantes é superior ao de mulheres, não sendo possível encontrar no somatório de acompanhantes o quantitativo exato de mulheres que pariram no período estudado.

Estes resultados demonstram que esta modalidade de assistência obstétrica respeita o direito das mulheres de ter um acompanhante de sua livre escolha no processo parturitivo, direito este garantido pela Lei Federal 11.108 de 2005, que ficou conhecida como lei do acompanhante. Além disso, a presença de acompanhante tem sido associada a desfechos positivos durante o trabalho de parto e parto, como: maior probabilidade de ocorrência de parto vaginal espontâneo; menor duração do trabalho de parto; diminuição do uso de ocitocina e do uso de fármacos para o alívio da dor; menor probabilidade de analgesia intraparto, cesariana e parto instrumental; e aumento da satisfação materna com o parto e nascimento do (a) filho (a) (SILVA *et al*, 2013).

Caus *et al*, (2012) ressalta a importância do acompanhante no processo parturitivo, visto que a sua participação minimiza episódios de violência obstétrica nas instituições de saúde, permite auxiliar na construção do vínculo familiar e na relação profissional de saúde e mulher que recebe a assistência, além de reduzir tensões, favorecer a segurança da mulher, garantindo a sua autonomia e o suporte emocional, sendo de fundamental importância a inclusão do companheiro, neste cenário.

Oliveira *et al*, (2011), reforça a ideia, lembrando da necessidade da inserção dos acompanhantes nas salas de parto como um método não farmacológico para a redução da dor

no trabalho de parto, e que a presença destes auxilia na promoção do bem estar físico e emocional da mulher minimizando sentimentos de solidão, medo, e insegurança que possam existir, ressaltando que o respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto é uma prática classificada pela Organização Mundial de Saúde no grupo A que diz respeito as atitudes comprovadamente útil e que deve ser estimulada pelas profissionais de saúde.

De acordo com Brüggemann *et al*, (2013) a presença de acompanhantes contribui para humanização do parto e nascimento e redução no número de intervenções desnecessárias. Teles *et al*, (2010) ressalta ainda que as ações desempenhadas pelos acompanhantes junto a parturiente durante o trabalho de parto e o parto são tão importantes quanto os cuidados obstétricos propriamente ditos realizados pelos profissionais de saúde.

Apesar das chances de satisfação no processo parturitivo e da constante presença do acompanhante nos centros de partos normais brasileiros estudados, no ambiente hospitalar esta prática ainda está muito distante do que é preconizado pela OMS e garantido pela Lei do Acompanhante. Uma pesquisa realizada em 138 serviços públicos que prestam assistência ao parto em Santa Catarina evidenciou que apenas (54,8%) dos serviços tinham permitido a presença do acompanhante nos partos, no Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento-Nascer no Brasil realizado em 266 maternidades e hospitais públicos, privados e mistos constatou-se que 75% das mulheres tiveram acompanhantes. Embora as usuárias tenham o direito assegurado pela lei, algumas instituições ainda resistem em garantir a permanência do acompanhante nos serviços de saúde (BRÜGGEMANN, *et al*, 2013; LEAL, 2012).

Num estudo sobre as desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil, a presença do acompanhante evitou experiências desagradáveis como um menor tempo de espera, tratamento mais respeitoso pelos profissionais de saúde, maior privacidade durante o parto e clareza nas explicações. Apesar do direito das mulheres em ter um acompanhante de sua escolha no pré-natal, parto e puerpério e das evidências dos benefícios proporcionados com a presença destes, é fundamental respeitar o desejo das mulheres, seja pela presença de um acompanhante ou pela ausência deste, pois cada mulher vivencia o parto de uma forma singular e única (D'ORSI; *et al*, 2014; PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Para além de apenas a presença destes, é essencial que eles sejam inseridos no cenário do parto podendo atuar como agente ativo e participativo, e para que estes possam atuar ativamente no parto de forma à promover benéficos para a mulher, é fundamental que as profissionais de saúde, principalmente as enfermeiras, os orientem sobre como se portar diante da situação, podendo auxiliar na realização das massagens, no estímulo a deambulação, e/ou

oferecendo diálogo e do apoio (SILVA, 2014).

Os resultados nos mostram que os métodos não farmacológicos para alívio da dor, foram aceitos e utilizados pela maioria das mulheres (93,9%), as medidas de conforto mais utilizadas foram: banho de aspersão, deambulação, cavalinho, bola suíça e massagem corporal. Esses achados são semelhantes aos encontrados em outros centros de parto normal estudados no Brasil, como por exemplo, um centro de parto normal peri-hospitalar localizado em São Paulo utilizou em maiores proporções o banho de aspersão, a deambulação e a massagem (LOBO *et al.*, 2010).

Algumas mulheres 21 (2,6%) não utilizaram nenhuma medida de conforto, sendo que 13 destas não utilizaram porque chegaram à unidade em período expulsivo, impossibilitando o uso de tais métodos, o motivo da não utilização dos métodos pelas outras 12 mulheres não foi identificado, visto que o desenho metodológico quantitativo e descrito do estudo não permite o esclarecimento de tal informação. Cabe salientar que muitas mulheres usaram ou experimentaram mais de um tipo de método, por isso não é possível encontrar no somatório das taxas a totalidade de mulheres que pariram no período estudado.

A elevada taxa de utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no centro de parto normal estudado é importante para as mulheres atendidas nesta modalidade de assistência, visto que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor tem sido associado a benefícios como alívio ou diminuição da sensação dolorosa permitindo assim que a mulher se torne mais ativa e participativa, assumindo o controle sobre o processo do parto. Registra-se importante contribuição para maior satisfação das mulheres com o parto e nascimento, esses métodos vêm sendo indicados para substituir na medida do possível os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, pois são práticas mais seguras e menos intervencionistas (SESCATO *et al.*, 2008).

Além do mais a Organização Mundial de Saúde incentiva a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor como massagens, banho de aspersão ou imersão e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto, visto que tais práticas são classificadas como demonstradamente úteis e por isso devem ter seu uso estimulado pelos profissionais de saúde que prestam assistência obstétrica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

No presente estudo, o banho de aspersão foi a estratégia não invasiva de cuidado mais utilizada pelas mulheres, o que é positivo para as mulheres e deve ser incentivado pelos profissionais que atuam na instituição, visto que tal prática é segura e contribui para o alívio da sensação dolorosa, evidenciando-se também que a água, principalmente quando morna contribui para redução dos níveis dos hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse,

contribuindo para que a parturiente fique mais relaxada mentalmente, diminuindo a ansiedade e a tensão (SOUSA, 2013). Gallo *et al*, (2011), concorda com a colocação do autor supracitado, afirmando que o banho deve ser realizado com água morna, pois nesta temperatura a água promove vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, contribuindo para o relaxamento muscular.

Corroborando com as afirmativas acima, Davim *et al*, (2008) no seu ensaio clínico do tipo intervenção terapêutica “antes e após”, cujo objetivo foi avaliar a efetividade do banho de chuveiro para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, constatou que ao comparar as médias de intensidade da dor antes e após a aplicação desta estratégia houve uma redução da sensação algica, concluindo-se então que o banho de chuveiro é uma estratégia efetiva no alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação do trabalho de parto.

Quanto à deambulação, a literatura respalda o uso dessa prática que foi a segunda mais utilizada pelas mulheres do CPN estudado nesta pesquisa, visto que este recurso terapêutico auxilia na redução do tempo de duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade, tal prática aumenta a velocidade da dilatação cervical, auxiliando também a descida e encaixe da apresentação fetal. Somado a isso, verifica-se que a liberdade na mudança de posição e a deambulação da mulher durante o trabalho de parto, são medidas positivas do ponto de vista fisiológico tanto para mulher quanto para o feto, pois contribuem para a ocorrência de contrações uterinas mais eficazes e melhora do fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta (GALLO *et al*, 2012; MAMEDE *et al*, 2007).

O cavalinho foi o terceiro método não farmacológico preferido pelas mulheres, este equipamento consiste em um assento acolchoado com apoio para os braços, favorecendo uma postura sentada com inclinação para frente, contribuindo assim para o balanço pélvico, a utilização deste deve ser estimulada pelos profissionais de saúde da instituição, visto que ele contribui para a evolução satisfatória da progressão do trabalho de parto (SESCATO *et al*, 2008).

A bola suíça foi bastante utilizada pelas mulheres que pariram no CPN estudado, este instrumento permite a mudança postural, o exercício do balanço pélvico e auxilia na rotação e descida do feto, promovendo ainda a correção postural, relaxamento, alongamento e fortalecimento da musculatura pélvica. Este recurso pode ser utilizado para facilitar a adoção de posturas verticais pelas parturientes, sendo útil também como suporte para o uso de outros métodos não farmacológicos de alívio da dor como banho de chuveiro, exercícios de alongamento e massagem corporal (SESCATO *et al*, 2008; GALLO *et al*, 2012).

A massagem corporal foi também uma estratégia bastante utilizada pelas mulheres, resultado importante, pois essa prática além de promover alívio da dor e melhora da circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo local, proporciona contato físico da pessoa que realiza a massagem com a parturiente potencializando o efeito de relaxamento, diminuído assim o estresse emocional (GALLO *et al*, 2012).

Esta prática constitui uma excelente oportunidade do acompanhante participar ativamente dos cuidados à parturiente, cabendo ao profissional incentivar o envolvimento deste, promovendo assim uma maior interação entre acompanhante e parturiente. Na prática obstétrica, a massagem tem sido realizada mais frequentemente na região lombossacral, entretanto esta pode ser realizada em qualquer região do corpo da preferência da mulher.

No estudo experimental randomizado e cego realizado em um centro de parto normal intra-hospitalar do município de São Paulo com a participação de 15 parturientes, cujo objetivo foi avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho de aspersão morno e exercícios perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto e a percepção da dor, concluiu-se que a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, como o banho de aspersão de forma isolada ou combinado com o uso da bola suíça foi eficiente na redução do score de dor relatado pelas parturientes, promovendo relaxamento, aumento do conforto materno e diminuição da ansiedade (BARBIERI *et al*, 2013).

A administração de ocitocina para indução ao parto é considerada uma prática prejudicial, podendo trazer consequências nocivas para a mãe e para o recém-nascido como a ruptura uterina e sofrimento fetal agudo, além de estar associada à maior percepção dolorosa, ao stress, e ao medo, interferindo no curso normal do parto e causando uma maior restrição das mulheres ao leito (PEREIRA *et al*, 2013).

Corroborando com essa ideia, Vogt *et al*, (2011), afirma que a utilização de ocitocina no trabalho de parto é uma prática perigosa quando não existe um monitoramento adequado, pois esta droga pode resultar em consequências ruins para a mãe e feto como a taquisistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina e alteração na perfusão útero placentária. Logo essa conduta deve ser usada com parcimônia.

Somado a isto, destaca-se que a OMS através do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal para uma Maternidade Segura classifica essa conduta na categoria B que engloba aquelas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). Além do mais, o uso indiscriminado de ocitocina reforça a crença de que a mulher é incapaz de responder espontaneamente as demandas do trabalho de parto, necessitando assim do auxílio de medicamentos (BRIGAGÃO;

GONÇALVES, 2010).

Nas mulheres que pariram no CPN pesquisado, esta medicação foi utilizada em 13,7% dos casos, resultado inferior a porcentagem encontrada em uma casa de parto localizada no Rio de Janeiro (45%), e ao CPN peri-hospitalar da cidade de São Paulo (23,5%) (PEREIRA *et al*, 2013; LOBO *et al*, 2010). Demonstrando assim, que no centro de parto normal estudado a taxa de uso dessa medicação foi inferior as taxas encontradas em outros centros de parto normal brasileiros analisados, o que representa uma vantagem para as mulheres que pariram na instituição estudada, visto que o uso indiscriminado dessa medicação tem sido associado a efeitos nocivos.

Considerando as posições em que ocorrem os partos, foi observada uma maior variedade de posicionamentos nos partos ocorridos em centros de parto normal quando comparado com a prática hospitalar, onde a posição litotômica ou ginecológica (decúbito dorsal com as pernas elevadas) ainda é utilizada na maioria dos partos. O referido estudo de Pereira *et al*, (2013) encontrou como posições de maior predomínio, a lateral (39, 3%), a vertical (34,5%) e a de cócoras (10,5 %), a posição litotômica foi adotada por 4,1% das gestantes. No CPN estudado nesta pesquisa, as posições verticalizadas foram as mais adotadas, a semi-sentada foi a mais utilizada, a posição sentada foi a segunda colocada e de cócoras a terceira, a posição litotômica foi adotada por 4,5% das mulheres, resultado que corrobora com o encontrado no estudo citado anteriormente.

Esses resultados são importantes visto que as posições verticalizadas contribuem para melhora do conforto da parturiente, auxiliando na realização da força, na descida e expulsão do feto, contribuindo ainda para melhora do fluxo sanguíneo para o feto, pois não causam compressão dos grandes vasos sanguíneos maternos (SOUSA, 2013). Esse tipo de posicionamento contribui também para a maior participação da mulher durante o parto, pois “facilita a observação das condutas realizadas e a visualização do nascimento, fatores emocionalmente importantes para uma vivência positiva do parto” (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009, p.4).

As posições horizontais são desaconselhadas, pois promovem uma maior compressão da artéria aorta interferindo assim no fluxo sanguíneo uterino, podendo levar a um comprometimento do estado de saúde fetal. Além disso, as posições laterais ou verticais quando comparadas com as horizontais reduzem a duração do segundo estágio do parto, a necessidade de realização de episiotomia, o número de parto operatórios, a queixa de dor intensa e a ocorrência de alterações na frequência cardíaca fetal (MAMEDE *et al*, 2007).

Acredita-se que a posição horizontal ou ginecológica passou a ser adotada de modo

rotineiro nos partos, a partir da hospitalização deste, devido às restrições impostas pelos procedimentos hospitalares como a terapia endovenosa e a analgesia, a formação médica tradicional contribui para a manutenção da adoção desse posicionamento, pois estes consideram esta posição mais confortável para que o profissional possa “realizar” o parto visto que facilita a visualização do canal vaginal, logo esta posição foi adotada e ainda é mantida na maioria das instituições pensando-se na comodidade do profissional em detrimento do conforto e vontade da mulher (BRÜGGEMANN *et al*, 2009).

Entretanto o uso rotineiro da posição horizontal durante o período expulsivo é classificado pela OMS como uma das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, todavia a maioria das maternidades brasileiras ainda preconizam a adoção desta posição no parto, não permitindo que a mulher escolha a posição que lhe promova melhor conforto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009).

A posição semi-sentada é considerada uma posição vertical, visto que a mulher fica com uma inclinação de 30° a 45° do encosto das costas, este posicionamento tem sido associado a ocorrência de contrações uterinas mais frequentes e intensas, diminuindo assim a necessidade de uso de ocitocina para indução do parto, proporcionando assim um trabalho de parto mais eficaz e com menor cansaço físico para a mulher (NILSEN *et al*, 2011).

Por outro lado pode se inferir que a maior porcentagem de uso desta posição no CPN estudado seja resquício da posição litotômica amplamente adotada na maioria das instituições, e não uma escolha da mulher, visto que na posição semi-sentada o parto geralmente acontece na cama, local onde tradicionalmente a maioria dos partos ocorriam, além do mais muitas mulheres podem ter optado por ficarem na cama por medo de fugir do modelo de parto tradicional (SILVA, 2014).

No que se refere a posição sentada que também é um posicionamento vertical, esta tem sido associada a ocorrência de puxos expulsivos mais intensos quando se compara com a posição ginecológica ou supina, a adoção desse posicionamento pode ser estimulada e facilitada com a utilização de equipamentos existente no CPN como o banco obstétrico (SILVA *et al*, 2007).

A posição de cócoras contribui para o aumento de aproximadamente 28% da área do plano de saída da pelve facilitando assim a expulsão do feto, e os exercícios de levantar e abaixar de cócoras contribuem para fortalecimento da musculatura perineal e dos membros inferiores, recomendando-se a realização destes durante a gestação, este posicionamento foi introduzido na cultura ocidental a partir da observação da parturição das índias, entretanto não

é uma postura bem aceita pelas mulheres ocidentais visto que estas não possuem o hábito de realizarem atividades nesta posição, referindo câimbras e dores musculares com a adoção desta (SILVA *et al*, 2007).

Gayeski e Brüggemann (2009) realizaram um estudo qualitativo onde entrevistaram 10 puérperas internadas em um hospital universitário em Santa Catarina com o objetivo de conhecer suas percepções sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal, os aspectos positivos relacionadas à posição vertical relatados foram: redução do esforço expulsivo, participação mais ativa da mulher permitindo a visualização do nascimento e possibilidade de movimentação, com relação a posição horizontal foram referidos: conforto pela possibilidade de permanecer deitada e possibilidade de uso de intervenções como episiotomia para “auxiliar” na saída do feto. Os aspectos negativos referidos foram aumento da dor, cansaço e sofrimento na posição horizontal e insatisfação pelo desconforto na posição vertical.

A posição lateralizada ou de Sims tem sido associada a um menor risco de ocorrência de lacerações perineais graves e melhora da oxigenação fetal, entretanto no nosso meio não é comum a mulher desejar adotar esta posição no seu parto, resultado que foi observado no CPN estudado com o percentual muito baixo de mulheres que pariram nesta posição (SILVA *et al*, 2007).

Por fim, no estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal, realizado em um centro de parto normal mineiro, cujo objetivo foi identificar a associação entre a posição do parto vaginal e a presença e grau de laceração perineal espontânea e de episiotomia, em mulheres primíparas, constatou-se que houve associação entre a posição horizontal e a realização de episiotomia, sugerindo que este procedimento teve menor necessidade de uso nos partos ocorridos na posição vertical, pois a ação da gravidade funciona como fator facilitador para saída do feto, deste modo a posição vertical se revelou como um fator de proteção para ocorrência de episiotomia (BARACHO *et al*, 2009).

Apesar do conhecimento dos benefícios das posições verticalizadas, como uma alternativa durante o trabalho de parto e o parto, deve ser uma escolha da mulher a posição de sua preferência, cabendo ao profissional incentivá-la a experimentar outras práticas de conforto como o banquinho e a bola suíça, encorajando em adotar as posições não supina. Entretanto, a autonomia da mulher deve ser preservada.

Com relação às taxas de episiotomia, realizadas no CPN em estudo foi de 3%, resultado muito inferior ao encontrado em um centro de parto normal peri-hospitalar da cidade de São Paulo (25,7%), e semelhante ao percentual de 2,4% encontrados em uma casa de parto no Rio de Janeiro (PEREIRA *et al*, 2013; SCHNECK *et al* 2012). Cabe ressaltar que os resultados

encontrados em CPNs foram inferiores a taxa 32,7%, encontrada em um hospital público da cidade de São Paulo (SCHNECK; *et al* 2012).

Embora as evidências científicas sejam contrárias ao uso desta prática de modo rotineiro e o Ministério da Saúde juntamente com a Organização Mundial de saúde recomende o uso restrito somente nos casos de real necessidade, como: quando se detectam sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto ameaça de laceração de terceiro grau, ainda é possível observar altos índices de realização deste procedimento no ambiente hospitalar ao passo que nos CPNs seu uso é restrito demonstrando assim que estes ambientes atuam de acordo com as evidências científicas, buscando o bem-estar da mulher com o número mínimo de intervenções (CRUZ; BARROS, 2010; CARVALHO, *et al* 2010).

Para Carvalho *et al*, (2010), essa prática é considerada prejudicial, por trazer desvantagens para a mulher quando utilizada sem respeitar critérios de indicação. A mulher que é submetida a tal procedimento passa por uma experiência de maior sensação dolorosa, dificultando que a mulher vivencie de modo prazeroso o momento do parto e nascimento, além do mais esta pode passar por complicações no pós-parto tais como: fístulas vaginais, hematomas, incontinência urinária, infecção puerperal, processos hemorrágicos e dificuldade no retorno a vida sexual por via vaginal (COSTA *et al*, 2011).

Camacho e Proganti (2013) nos mostram que esta intervenção é considerada uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, assim como uma violência de gênero. Costa *et al*, (2011) corrobora afirmando que a realização da episiotomia afeta a integridade corporal das mulheres, podendo comprometer o estado emocional e psicológico destas, ressalta-se ainda que a episiotomia é um dos únicos procedimentos cirúrgicos realizados em mulheres saudáveis sem aprovação prévia destas, e sem o devido esclarecimento das possíveis consequências da sua realização, violando assim o direito de controle da mulher sobre seu próprio corpo.

Ademais, a realização de episiotomia sem o consentimento prévio das mulheres fere o direito destas de escolha, limitando-as a uma relação de submissão, e desrespeito a sua individualidade, se constituindo uma violação do direito humano de não ser submetida a tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes (COSTA *et al*, 2011).

Brigação e Gonçalves (2010) afirmam ainda que realização desta prática de modo rotineiro, principalmente em primíparas e em mulheres que nunca tiveram parto vaginal, reflete a noção de imperfeição do corpo feminino para o parto, e a necessidade do uso de saberes médicos para intervir e melhorar as condições do parto, reforçando a ideia do corpo feminino como uma máquina que necessita de reparos.

Ressalta-se também que a utilização de tal intervenção está associada a maiores riscos de ocorrência de lacerações perineais severas, em contrapartida as evidências científicas apontam que as lacerações que são decorrentes de partos sem utilização de episiotomia apresentam melhores resultados com relação ao processo de cicatrização e menor número de complicações, como dispareunia e hemorragia pós-parto (COSTA *et al*, 2011). Estas evidências fortalecem a adoção restrita da episiotomia no centro de parto normal estudado, corroborando com as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

Em relação à ocorrência de lacerações perineais, os resultados demonstraram que 71,4% das mulheres permaneceram com o períneo íntegro após o parto ou tiveram lacerações de primeiro grau, resultado semelhante ao encontrado em um CPN peri-hospitalar de São Paulo que foi de (66,8%) (SCHNECK *et al* 2012). Ressalta-se que houve o agrupamento das mulheres com períneo íntegro e com lacerações de primeiro grau normalmente os estudos têm feito essa junção, visto que as lacerações de primeiro grau geralmente têm evolução clínica favorável, não repercutindo negativamente nas atividades realizadas no pós-parto (SILVA, 2014).

Cabe salientar que a ocorrência de lacerações perineais de primeiro grau nos partos normais é frequente, principalmente em primíparas ou mulheres que nunca tiveram parto vaginal, sendo que este tipo de laceração na maioria dos casos nem necessitam sutura, cicatrizando via de regra sem complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE).

O risco de ocorrência de lacerações perineais no parto vaginal está associado a múltiplos fatores tais como: realização de episiotomia, uso de ocitocina para indução do trabalho de parto, segundo estágio do parto prolongado, recém-nascido com peso maior de 4 quilos e nuliparidade, sendo que alguns destes fatores são modificáveis e outros não (BARACHO *et al*, 2009).

A alta incidência de mulheres com períneo íntegro ou laceração de primeiro grau no centro de parto normal estudado evidencia que essas lesões genitais podem ser evitadas com uma boa assistência, incluindo mudanças de condutas, como uso restrito de práticas intervencionistas a exemplo da episiotomia, e da adoção de posições horizontais no parto. A ocorrência de lacerações perineais graves pode ser prevenida através do uso reduzido de ocitocina intravenosa, pois este medicamento está associado ao desprendimento cefálico abrupto devido ao aumento das contrações e da pressão intrauterina (SILVA *et al*, 2011).

6 CONCLUSÃO

Os resultados mostram que apesar dos centros de parto normal serem instituições de saúde que facilitam a inserção da enfermeira obstetras no atendimento ao parto e propiciam maior autonomia desta profissional, o percentual de parto assistidos por estas profissionais no CPN estudado foi relativamente baixo, necessitando assim de um maior incentivo e valorização da atuação destas.

Quanto a presença de acompanhantes, constatou-se que praticamente todas as mulheres puderam contar com o apoio emocional destes, em sua maioria foi o seu companheiro, não houve restrição quanto ao sexo do acompanhante, o direito e autonomia das mulheres foram preservados.

As mulheres optaram por utilizar os métodos não farmacológicos para alívio da dor, poucas mulheres não as utilizaram, pois chegaram em período expulsivo. Os métodos foram utilizados na maioria das vezes de forma associada entre eles, resultado importante visto que a literatura tem evidenciado melhores resultados quando ocorre associação dos métodos.

Práticas intervencionistas que são utilizadas de modo rotineiro e inadequado no ambiente hospitalar foram utilizadas de modo restrito na instituição estudada, como exemplo temos a utilização de ocitocina para indução do trabalho de parto. Este procedimento foi utilizado em poucos casos, resultado positivo, pois este medicamento pode trazer consequências nocivas para a mulher e o feto, devendo então seu uso se restringir as situações necessárias.

A posição do parto, foi prevalente a posição semi-sentada, demonstrando que as posições verticalizadas têm sido adotadas, o que é positivo visto são as mais adequadas, pois apresentam diversos benefícios para a evolução do trabalho de parto. Observou-se também a posição litotômica, largamente utilizada nas instituições de saúde durante o parto, não foi a preferida pelas mulheres.

A de realização de episiotomia se assemelha a taxa preconizada pela OMS, o percentual encontrado foi baixo, quando comparado com a realidade dos hospitais brasileiros e semelhante aos resultados encontrados em estudos nacionais realizados em centros de partos normais, evidenciando assim que nesta modalidade de assistência este procedimento não é realizado de forma rotineira, logo estes ambientes funcionam com aliados no processo de diminuição do uso inapropriado de intervenções desnecessárias.

A ocorrência de lacerações perineais e de traumas graves foi mínima, a maioria das mulheres tiveram laceração de primeiro grau ou se mantiveram com o períneo íntegro após o parto, este resultado sugere que a realização de episiotomia não funciona com fator de proteção

para a ocorrência de lacerações perineais graves, pois embora a episiotomia tenha sido utilizada de modo restrito, a porcentagem de mulheres com períneo íntegro foi elevada.

Os resultados demonstram que as profissionais que atuam no centro de parto normal estudado utilizam recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, privilegiando o uso de práticas que são demonstradamente úteis e por isso devem ter o uso estimulado, em detrimento daquelas que são prejudiciais, logo conclui-se que essa modalidade de cuidado ao parto e nascimento realiza uma assistência qualificada, segura e humanizada à mulher e ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

BARACHO, Sabrina Mattos; FIGUEIREDO, Elyonara Mello de; SILVA, Lucas Barbosa da; CANGUSSU, Izadora Carolina Araújo Gonçalves; PINTO, Daniele Nunes; SOUZA, Elza Lúcia Baracho Lotti de; FILHO, Agnaldo Lopes da Silva. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 9 (4): 409-414 out. / dez., 2009.

BARBIERI, Márcia; HENRIQUE, Angelita José; CHORS, Frederico Molina; MAIA, Nathália de Lira; GABRIELLONI, Maria Cristina. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm.** 2013; 26(5):478-84. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Brasília-DF, 2002.

BRASIL. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Rio de Janeiro: ANS, Ministério de Saúde, 2008.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes** – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013.

BRIGAGÃO, Jacqueline I. M; GONÇALVES, Roselane. **O uso das tecnologias em obstetrícia: uma leitura crítica.** 2010 Disponível em: < [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278302832_ARQUIVO_fg9_texto_completo\[Brigagao;Goncalves\].pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278302832_ARQUIVO_fg9_texto_completo[Brigagao;Goncalves].pdf). > . Acesso em: 18 de novembro de 2014.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; KNOBEL, Roxana; SIEBERT, Eli Rodrigues Camargo; BOING, Antônio Fernando; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar. Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 9 (2): 189-196, abr. / jun., 2009

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; OLIVEIRA, Maria Emilia de; MARTINS, Haimée Emerich Lentz; GAYESKI, Michele Ediane; ALVES, Marcela Caetano. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc Anna Nery (impr.)**2013 jul - set; 17 (3):432 – 438.

CAMACHO, Karla Gonçalves; PROGIANTI, Jane Marcia. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2013 jul/set;15(3):648-55.

CAMPOS, Sibylle Emilie Vogt; LANA, Francisco Carlos Félix. Resultados da assistência ao parto no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, 2007.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland and MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.[online]**. 2010, vol.56, n.3, pp. 333-339. ISSN 0104-4230.

CAUS, Eliz Cristine Maurer; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos, NASSIF, Anair Andréia; MONTICELLI, Marisa. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery (impr.)**2012 jan-mar; 16 (1):34-40.

CENTRO DE PARTO NORMAL MARIETA DE SOUZA PEREIRA: Mansão do Caminho, 2014. Disponível em: < <http://www.mansaodocaminho.com.br/mansao/saude-centro-de-parto-normal.php>>. Acesso em: 20 de novembro de 2014.

COLACIOPPO, Priscila Maria; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; COLACIOPPO, Roberto Celso; OSAVA, Ruth Hitomi. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. **Acta paul. enferm.[online]**. 2011, vol.24, n.1, pp. 61-66. ISSN 0103-2100.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-339/2008**. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3392008_4364.html.

COSTA, Nilma Maia da; OLIVEIRA, Lucídio Clebson de; SOLANO, Lorrainy da Cruz; MARTINS, Patrícia Helena de Morais Cruz; BORGES, Ivone Ferreira. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. **Facene/Famene** - 9(2)2011

CRUZ, Andrea Porto de; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. **Acta Paulista de Enfermagem**, 23 (3): 366-71, 2010.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa; MELO, Eva Saldanha de; PAIVA, Cecília Pessoa; VIEIRA, Daniele; COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Eletr. Enf.** 2008;10(3):600-9.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008. ISSN 1980-7031

D'ORSI, Eleonora; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; DINIZ, Carmen Simone Grilo; AGUIAR, Janaina Marques de; GUSMAN, Christine Ranier; TORRES, Jacqueline Alves; TUESTA, Antonia Ângulo; RATTNER, Daphne; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S154-S168, 2014

GALLO, Rubneide Barreto Silva; SANTANA, Licia Santos; MARCOLIN, Alessandra Cristina; FERREIRA, Cristine Homsy Jorge; DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana

Maria. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA** | Janeiro 2011 | vol 39 | nº 1

GAMA, Andréa de Sousa; GIFFIN, Karen Mary; ANGULO-TUESTA, Antonia; BARBOSA, Gisele Peixoto; d'ORSI, Eleonora. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11):2480-2488, nov, 2009.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2).

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GONÇALVES, Roselane; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.

JAMAS, Milena Temer. **Assistência ao parto em um Centro de Parto Normal: narrativas das puérperas** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

LEAL, Maria do Carmo. **Inquérito Nacional sobre parto e nascimento - Nascer no Brasil**, Sumário Executivo Temático da pesquisa. 2014 Disponível: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf> >. Acesso em: 10 de maio de 2014.

LOBO, Scheila Fagundes; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; SCHNECK, Camilla Alexsandra; SILVA, Flora Maria Barbosa da; BONADIO, Isabel Cristina; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Resultados Maternos e neonatais em Centro de Parto Normal Peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 44 (3):812-2, 2010.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. **Rev Bras Enferm** 2005 jan-fev; 58(1):55-60.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centros de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 40 (2):274-9, 2006.

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

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias de; ROCHA,

Silvana Santiago da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2007, vol.60, n.4, pp. 452-455. ISSN 0034-7167.

NASCIMENTO, Natália Magalhães do; PROGIANT, Jane Márcia; NOVOA, Rachelli Iozzi; OLIVEIRA, Thalita Rocha de; VARGENS, Octávio Muniz da Costa. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery** [online]. 2010, vol.14, n.3, pp. 456-461. ISSN 1414-8145.

NILSEN, Evenise; SABATINO, Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(3):557-65.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de; RODRIGUES, Dafne Paiva; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; FELIPE, Gilvan Ferreira; GALIZA, Francisca Tereza de; MONTEIRO, Lidiane Colares. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enferm.** 2011 Abr/Jun; 16(2):247-53

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: 1996

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E. de A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117,2010.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; LIMA, Tamara Rubia Lino de; SCHROETER, Mariana Santana; GOUVEIA, Monique da Silva Ferreira; NASCIMENTO, Sabrina Damazio do. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery** [online]. 2013, vol.17, n.1, pp. 17-23. ISSN 1414-8145.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25 – n. 3, p. 585-602, Set./Dez. 2013.

REIS, Sílvio Luís Souza dos; PENTEADO, Carlos Eduardo Magalhães; CHATKIN, Moema Nudilemon; ESTRELA, Marina Silveira; PORTO, Paula Gomes; MUNARETTO, Marina Maruri. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 53 (1): 7-10, jan.-mar. 2009.

REIS, Carlos Sérgio Corrêa dos; SOUZA, Danielle de Oliveira Mendonça de; PROGIANTI, Jane Márcia; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2014 jan/abr; 1(1):7-11

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; BONADIO, Isabel Cristina; SCHNECK, Camilla Alexsandra; SILVA, Flora Maria Barbosa da Silva; DINIZ, Carmen Simone Grilo; LOBO, Sheila Fagundes; SAITO, Emilia. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev Esc Enferm USP.** 2009; 43(Esp 2):1297-302

RIMOLO, Maitê Larini. **Crítérios para realização da episiotomia: uma revisão integrativa**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

SALGE, Ana Karina Marques; LÔBO, Sara Fleury; SIQUEIRA, Karina Machado; SILVA, Renata Calciolari Rossie; GUIMARÃES, Janaína Valadares. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2012 oct/dec;14(4):779-85. SCHEIDT, Tânia Regina. **Assistência das enfermeiras obstétricas nos Centros de Parto Normal**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2011.

SCHNECK, Camilla Aleksandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; BONADIO, Isabel Cristina; DINIZ, Carmem Simone Grilo; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 77-86, 2012.

SESCATO, Andréia Cristina; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm** 2008 Out/Dez; 13(4):585-90.

SILVA, Erika Claro da; SANTOS, Ins Maria Meneses dos. A percepção das mulheres acerca da sua parturi(a)o. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online** 2009. set/dez; 1(2): 111-123.

SILVA, Lucas Barbosa da; SILVA, Manoela Porto; SOARES, Paula Cristina Martins; FERREIRA, Qusia Tamara Mirante. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **FEMINA** | Fevereiro 2007 | vol 35 | n 2.

SILVA, Flora Maria Barbosa da; PAIXÃO, Taís Couto Rego da; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; LEITE, Jaqueline Sousa; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; OSAVA, Ruth Hitomi. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2013, vol.47, n.5, pp. 1031-1038. ISSN 0080-6234.

SILVA, Taís Folgosa da; COSTA, Guilherme Augusto Barcello; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.** 2011 Jan/Mar; 16(1):82-7.

SILVA, Thaís Carvalho da. **Análise das práticas prejudiciais ou ineficazes e das utilizadas de modo inadequado no trabalho de parto** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignificao, participação e autonomia de mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal**. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

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

SOUSA, Valmi D; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007 maio-junho; 15(3).

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

VOGT, Sibylle Emilie; DINIZ, Simone Grilo; TAVARES, Carlos Mendes; SANTOS, Nagela Cristiane Pinheiros; SCHNECK, Camilla Alexandra; ZORZAM, Bianca; VIEIRA, Débora de Andrade; SILVA, Kátia Silveira da; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 27 (9): 1789-1800, 2011.

WEY ,Chang Yi; SALIM ,Natália Rejane; JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A prática da episiotomia: estudo qualitativo descritivo sobre as percepções de um grupo de mulheres. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.10, n.2 (2011)

APÊNDICE A: FORMULÁRIO UTILIZADO PARA COLETA DOS DADOS

Nº	Indução	Posição	Métodos não-farmac.	Episio.	Laceração	Acompanhantes	Profissional
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()
	S () N ()	G () SS () J () C () L () S () Se () O ()	M () Bo () Ba () D () C () E () A () O ()	S () N ()	N () 1° () 2° () 3° ()	D () M () Ma () I () P () V ()	M () E ()

Legenda:

Indução do parto:

S: sim N: não

Posição em que ocorreu o parto:

G: gaskin SS: semi-sentada

J: de joelhos C: de cócoras

L: litotômica S: sims

Se: sentada O: outras

Métodos não farmacológicos para alívio da dor:

M: massagem Bo: bola

Ba: banho D: deambulação

C: Cavalinho E: Escalda Pés

A: Aromoterapia O: Outros

Realização de episiotomia:

S: sim N: não

Ocorrência de laceração

N: não

1°: primeiro grau

2°: segundo grau

3°: terceiro grau

Presença de acompanhantes:

D: doulas M: marido

Ma: mãe I: irmã

P: primo(a) O: outros V: vizinha

Profissional que assistiu ao parto:

M: médica(o) E: enfermeira obstetra

ANEXO A: CLASSIFICAÇÃO DE PRÁTICAS NO PARTO NORMAL

Grupo A- Práticas que são demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

- Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto;
- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento;
- Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto;
- Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto;
- Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS;
- Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenir hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;
- Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares;

Grupo B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por raios-X;
- Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos;
- Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;
- Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- Lavagem rotineira do útero depois do parto;
- Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto;

Grupo C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:

- Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos;

- Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto;
- Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto;
- Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento de nascimento;
- Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação;

Grupo D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
- Monitoramento eletrônico fetal;
- Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto;
- Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços;
- Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Uso liberal ou rotineiro de episiotomia;
- Exploração manual do útero depois do parto;

(FONTE: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996)

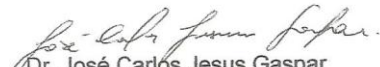
ANEXO B-TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, José Carlos Jesus Gaspar, responsável pelo Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira, estou ciente e autorizo as pesquisadoras: **Andréa Lorena Santos Silva, Nelcimara Souza de Jesus e Laianne Grasielle de Jesus Batista** a desenvolverem nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado **“Cuidado de Enfermagem às Mulheres em um Centro de Parto Normal”**.

Declaro conhecer as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 196/96 e estar ciente das co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, bem como do compromisso com a segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados, dispondo da infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Salvador, 25 de abril de 2013


Dr. José Carlos Jesus Gaspar


Demétrio Ataíde Lisboa

ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado de Enfermagem às Mulheres em um Centro de Parto Normal
Pesquisador: Andréa Lorena Santos Silva
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 18037513.1.0000.5531
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 367.461
Data da Relatoria: 04/09/2013

Apresentação do Projeto:

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013.

Objetivo da Pesquisa:

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

Recomendações:

NENHUMA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

CONSIDERANDO QUE O PROTOCOLO ATENDEU ÀS RECOMENDAÇÕES DETERMINADAS NO PARECER DO CEP, SOU FAVORÁVEL À SUA APROVAÇÃO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 367.461

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o Parecer de APROVADO emitido pelo relator.

SALVADOR, 21 de Agosto de 2013

Darci Santa Rosa

Assinador por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br