

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**ROBERTA BARBOSA LEÃO DOS SANTOS
KAMILA SAMAYRA LINO DE FREITAS
ALINE AZEVEDO DOS SANTOS**

**ESTRATÉGIA DO PARTO HUMANIZADO EM UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO RECIFE: INDICADORES
DE QUALIDADE E DESFECHOS**

**RECIFE
2019**

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - PIC
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC**

**ROBERTA BARBOSA LEÃO DOS SANTOS
KAMILA SAMAYRA LINO DE FREITAS
ALINE AZEVEDO DOS SANTOS**

**ESTRATÉGIA DO PARTO HUMANIZADO EM UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO RECIFE: INDICADORES
DE QUALIDADE E DESFECHOS**

Área de Concentração: Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Estudos epidemiológicos, clínicos e translacionais no pré-natal, parto e puerpério

Orientadora: Maria Inês Bezerra de Melo

Coorientadora: Maria Cristina dos Santos Figueira

Projeto de pesquisa elaborado para o Programa de Iniciação Científica - PIC da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. Apresentado no X Congresso Estudantil da FPS, XV Jornada de Iniciação Científica do IMIP, XI Seminário Avançado em Saúde Integral do IMIP e I Semana de Educação e Cultura da FPS.

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - PIC
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC**

**ESTRATÉGIA DO PARTO HUMANIZADO EM UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO RECIFE: INDICADORES
DE QUALIDADE E DESFECHOS**

Pesquisadores:

Roberta Barbosa Leão dos Santos ¹

Kamila Samayra Lino de Freitas ²

Aline Azevedo dos Santos ³

Maria Cristina dos Santos Figueira ⁴

Maria Inês Bezerra de Melo ⁵

1 - Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde

E-mail: robertaleao65@gmail.com

2- Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde

E-mail: kamilafreitas@gmail.com

3- Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde

E-mail: alineskrr@gmail.com

4- Mestre Saúde Materno Infantil

E-mail: cristinafigueira@fps.edu.br

5- Doutora em Saúde Materno Infantil

E-mail: maria.ines@fps.edu.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatiza boas práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas, ressaltando o parto como evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. **OBJETIVO:** Avaliar a atenção ao parto e nascimento e os desfechos da estratégia do parto humanizado de uma maternidade de referência do Recife. **MÉTODO:** Estudo observacional, transversal, com parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher (CAM) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), admitidas nos setores de Pré-Parto (PP) e Centro de Parto Normal (CPN), de maio a julho de 2019. Os dados foram coletados dos prontuários, banco de dados e entrevistas com as pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP com o CAAE nº:08912419.3.0000.5201 e o parecer nº3.257.241. **RESULTADOS:** Verificou-se que 608 parturientes foram acompanhadas no CAM/IMIP, sendo (85,0%) no pré-parto e (15%) no CPN. (73,7%) obtinham entre 19 e 35 anos. (61,0%) eram pardas/negras, (41,4%) provenientes da Região Metropolitana do Recife, (48,2%) tinham entre 09 e 12 anos de estudo e (67,3%) tinham relação estável. Quanto as características obstétricas, observa-se que (72,9%) encontravam-se entre a 37^a a 39^a semanas de gestação, (76,8%) realizaram pré-natal e (62,8%) já haviam vivenciado a gestação. Verificou-se que em relação as estratégias utilizadas durante o trabalho de parto, (100%) das parturientes foram estimuladas a liberdade de posição e a presença do acompanhante foi garantida a (93,6%). Observa-se ainda as práticas não farmacológicas de alívio da dor valorizadas pelos profissionais que atenderam essas parturientes: massagens (90,0%), exercícios respiratórios (85,5%), bola de bobath (83,9%) e o banho morno (69,4%). A posição semisentada (28,3%) foi a mais utilizada pelas parturientes que vivenciaram o parto normal. A presença de laceração foi verificada em (84,2%) das parturientes, das quais (60,9%) foram de 2^o grau e (79,5%) tiveram necessidade de sutura. Quanto aos resultados neonatais, foi observado que (51,6%) apresentaram o peso ao nascer entre 3.001 e 4.000g, (71,9%) constatarem Apgar no 1^omin ≥ 7 . O clampeamento tardio foi verificado em (81,9%) dos nascimentos, o contato precoce foi promovido em (86,0%) e a prática do aleitamento materno na 1^a hora foi observada em (90,6%) da amostra. **CONCLUSÃO:** A inserção de práticas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com o preconizado pela OMS, como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, posições verticais, presença do acompanhante e práticas humanizadas de recepção ao recém-nascido, qualifica o cuidado prestado e valoriza o protagonismo da mulher.

PALAVRAS-CHAVES: Parto humanizado; Indicadores de qualidade; Desfecho

ABSTRACT

BACKGROUND: The World Health Organization (WHO), emphasizes good childbirth and birth care practices based on scientific evidence, highlighting childbirth as a natural event that does not need control but care. **OBJECTIVE:** Evaluate the attention to childbirth and the outcomes of the strategy of the humanized childbirth of a reference maternity in Recife. **METHOD:** Observational, cross-sectional study of parturient attended at the Center for Women's Care, at the Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine, admitted to the Prepartum and Normal Birth Center sectors, May July 2019. Data were collected from medical records, databases, and interviews with patients who met the inclusion criteria. The study was approved by the Research Ethics Committee of IMIP with CAAE n°: 08912419.3.0000.5201 and opinion n° 3.257.241 **RESULTS:** It was found that 608 parturient were followed in Center for Women's Care, being (85.0%) in the Prepartum and (15%) in the Normal Birth Center. (73.7%) were between 19 and 35 years old. (61.0%) were brown/ black, (41.4%) came from the metropolitan region of Recife, (48.2%) had between 9 and 12 years of schooling and (67.3%) had a stable relationship. Regarding obstetric characteristics, it is observed that (72.9%) were between the 37th and 39th weeks of gestation, (76.8%) had prenatal care and (62.8%) had already experienced pregnancy. Regarding the strategies used during labor, (100%) of the parturient were stimulated freedom of position and the presence of the companion was guaranteed to (93.6%). Non-pharmacological pain relief practices valued by professionals who assisted these parturient are also observed: massage (90.0%), breathing exercises (85.5%), bobath ball (83.9%) and warm bath (69.4%). The semi-seated position (28.3%) was the most used by parturient who experienced normal delivery. The presence of laceration was verified in (84.2%) of the parturient, of which (60.9%) were of 2nd degree and (79.5%) needed suture. Regarding the neonatal results, it was observed that (51.6%) had birth weight between 3,001 and 4,000g, (71,9%) found Apgar in the 1stmin ≥ 7 . Late clamping was observed in (81.9%) of births, early contact was promoted in (86.0%) and the practice of breastfeeding in the first hour was observed in (90.6%) of the sample. **CONCLUSIONS:** The insertion of practices that do not interfere with the physiology of childbirth and that are in line with the recommendations of the WHO, such as the use of non-pharmacological methods for pain relief, vertical positions, presence of the companion and humanized newborn reception practices. , qualifies the care provided and values the protagonist of women.

KEY WORDS: Humanized birth; Quality Indicators; Outcome

LISTA DE ABREVIATURAS

CAM: Centro de Atenção a Mulher

CEP: Conselho de ética e pesquisa

CPN: Centro de Parto Normal

EB: Escore de Bologna

FPS: Faculdade Pernambucana de Saúde

IMIP: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MS: Ministério da Saúde

ODM: Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PHPN: Programa de Humanização do Pré-Natal

PP: Pré-Parto

RMM: Redução de Mortalidade Materna

RMR: Região Metropolitana do Recife

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e esclarecido

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS

I. INTRODUÇÃO	7
II. JUSTIFICATIVA	9
III. OBJETIVO	11
3.1 Geral	11
3.2 Objetivos Específicos	11
IV. MÉTODO	12
4.1 Desenho do estudo.....	12
4.2 Local do estudo	12
4.3 Período do Estudo e coleta	12
4.4 População	12
4.5 Amostra.....	12
4.6 Critérios de elegibilidade.....	13
4.6.1 Critérios de inclusão	13
4.6.2 Critérios de exclusão	13
4.7 Variáveis de análise.....	13
4.8 Instrumento para coleta de dados	14
4.9 Aspectos éticos	14
V. RESULTADOS	15
VI. DISCUSSÃO	211
VII. CONCLUSÃO	299
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	30
IX. APENDICE	333
9.1 Questionário.....	333
9.2 Termo de consentimento livre e esclarecido	366

I. INTRODUÇÃO

O parto em si faz parte de um acontecimento único de significado singular na vida da mulher. Não somente difere de mulher para mulher como também de gestação para gestação, visando que tal evento é um somatório de experiências que envolvem aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais.

O trabalho de parto normal é o processo através do qual um útero gravídico, por meio de atividade contrátil, expulsa um feto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas, peso igual ou superior a 500g e tamanho igual ou superior a 25cm. Podendo ser: pré-termo (20 a 36 semanas e seis dias), termo (37 a 41 semanas e seis dias) ou pós-termo (igual ou superior a 42 semanas).^{6,7}

No Brasil, o modelo de atenção ao parto hospitalar é tecnocrático e centrado no profissional médico, visto que práticas (episiotomia, cesariana sem justificativas clínicas, restrição alimentar, manobra de Kristeller, tricotomia no momento do parto), técnicas e procedimentos foram introduzidos na assistência ao parto normal, que antes era algo completamente familiar, elevando a mortalidade materna em nosso país e constituindo um desafio à saúde pública, assim classificado como problema mundial e fazendo parte do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A partir disso, se faz necessário, intervenções para outra forma de estruturação e organização dos serviços relacionados ao processo da assistência obstétrica.^{3,4,5}

A meta do governo brasileiro foi reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) em 3/4 entre 1990 e 2015, para um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, a taxa de mortalidade materna global diminuiu apenas 2,3% ao ano. Ainda que, a partir de 2000, tenha sido observado uma aceleração nessa redução, atingindo reduções anuais de mortalidade materna, entre 2000 e 2010, superiores a 5,5%.¹¹

Ressalta-se que a mudança nos indicadores ocorreu por meio da alteração do modelo de assistência obstétrica, levando em consideração as recomendações da Organização das Nações Unidas - ONU em 2001. Estão entre as principais iniciativas do governo federal voltados para a melhoria da saúde materna: Rede Cegonha (2011), Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (2004) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2005).^{1,2}

Assim como o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), que foi instituído em 2000, através da Portaria Nº 569, e tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Adotando um atendimento humanizado, além de minimizar as elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, que era muito superior à dos países desenvolvidos. ^{9,10}

A Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatiza boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas, ressaltando que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Estabeleceu um protocolo, em 1996, sobre os cuidados a serem realizados em circunstância normal de nascimento, tendo como objetivo padronizar a condução do trabalho de parto e parto em todo o mundo, enfatizando que os objetivos do cuidado intraparto são alcançar uma assistência adequada e segura à mãe e à criança, usando o mínimo possível de intervenções.

Trata-se de quatro categorias de procedimentos: A (úteis e que devem ser incentivados); B (prejudiciais e que devem ser abandonados); C (procedimentos para os quais os conhecimentos existentes são insuficientes para aprovar uma clara recomendação e devem ser

usados com cautela, até que mais estudos clarifiquem o assunto); e D (procedimentos que são, frequentemente, usados inapropriadamente).⁶

Para avaliar a qualidade da assistência, atualmente a OMS recomenda o uso do Escore de Bologna. O Escore de Bologna (EB), que surgiu no ano de 2000, é um indicador robusto que avalia a qualidade da assistência ao nascimento de forma quantitativa e se constitui como a primeira tentativa de pensar conjuntamente diversos indicadores. Essa ferramenta tem como base o uso da tecnologia de forma adequada e avalia as condutas e práticas nos serviços obstétricos de acordo com as evidências científicas mais recentes. O Escore de Bologna é constituído por cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcepe e/ou vácuo extrator); 4) Parto em posição não supina; e 5) Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento).¹²

Para cada medida é atribuída uma pontuação: “1”, se presente, e “0”, se ausente. Como resultado final, tem-se a somatória das pontuações de todas as medidas. A pontuação máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto, e a pontuação “0” corresponde a um parto malconduzido. Pontuações entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência.

II. JUSTIFICATIVA

Neste contexto, as ações de humanização ao parto com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica, têm sido incentivadas pela OMS, bem como pelo Ministério da Saúde e alguns órgãos não governamentais, os quais propõem mudanças que enfatizam o cuidado prestado às mulheres, a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, assim como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas,

propiciando a mulher uma assistência humanizada e de boa qualidade, buscando a redução da mortalidade materna e perinatal.^{7,8}

Estudos apontam grandes avanços dentro do processo assistencial no Brasil, como a criação de leis, a exemplo: a Lei Nº 17.097, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. Projetos de leis que incentivam a autonomia de escolha da mulher. O projeto maternidade segura, que através de credenciamentos de instituições que promovam a assistência integral à saúde materna e infantil, objetiva elevar a qualidade do atendimento e reduzir a morbimortalidade. A Lei nº 11.108, de abril de 2005, que garante a presença de acompanhante no momento do parto e do encaminhamento para o parto. Constituindo condutas benéficas para a gestante, utilizando-se, criteriosamente, os recursos tecnológicos disponíveis, compartilhando com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.^{13,14}

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

Diante do supracitado, compõe-se como objetivo do presente estudo, a necessidade de avaliação das estratégias de atenção ao parto humanizado e os desfechos neonatais de uma maternidade de referência do Recife, utilizando como instrumento de juízo, aqueles recomendados pela OMS.

III. OBJETIVO

3.1 Geral

Avaliar a atenção ao parto e nascimento e os desfechos das estratégias o parto humanizado de uma maternidade de referência do Recife.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas (etnia, idade, escolaridade, estado civil e procedência);
- Identificar as características obstétricas (idade gestacional, paridade, realização do pré-natal, início do pré-natal e número de consultas);
- Analisar as características do internamento [integridade da bolsa das águas, tipo de Trabalho de Parto -TP (espontâneo ou induzido), fase do TP na admissão (latente ou ativa), acompanhamento do TP pelo partograma, tempo de internamento];
- Descrever as estratégias utilizadas durante o TP (banho morno, bola de bobath, cavalinho, massagem, liberdade de posição, presença de doulas e/ou acompanhante, aromaterapia, exercícios respiratórios);
- Descrever as intervenções obstétricas durante o TP e/ou parto (restrição alimentar, indução ou condução do TP, aminiotomia, Kristeller, fórceps);
- Identificar a posição adotada durante o parto (litotomia, cócoras, quatro apoios, joelhos, semisentada, decúbito lateral, em banquetas) e os desfechos perineais (integridade perineal, laceração (grau e necessidade de sutura) e episiotomia);
- Verificar o desfecho neonatal (clampeamento tardio do cordão, índice de Apgar, contato precoce pele a pele, promoção do aleitamento materno na primeira hora, peso, necessidade de reanimação neonatal e admissão do RN em UTI neonatal).

IV. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo corte transversal, com delineamento quantitativo. Realizado com parturientes admitidas na sala de parto do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

4.2 Local do estudo

Foi realizado no Centro de Atenção à Mulher (CAM) do IMIP, com parturientes atendidas no Centro de Parto Normal (CPN) e no Pré-Parto (PP).

4.3 Período do Estudo e coleta

O período de estudo foi de agosto de 2018 a setembro de 2019. A coleta dos dados foi proveniente do prontuário hospitalar, banco de dados do CPN e entrevistas com as parturientes que preencheram os critérios de elegibilidade, durante o período de maio a julho de 2019.

4.4 População

A população foi composta por parturientes atendidas no CAM/IMIP (Pré-parto e Centro de Parto Normal – CPN)

4.5 Amostra

A amostra foi composta pelas parturientes atendidas no CAM/IMIP no período do estudo e que preencherem os critérios de elegibilidade. Conteve um total de 608 partos transpélvicos, contabilizados e analisados, dos quais: 517 foram coletados do Pré-Parto, setor destinado a partos de alto risco; e 91 do Centro de Parto Normal, setor direcionado a acompanhamento de partos com risco habitual, realizado por enfermeiros obstetras. Especificidade que é preconizada pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 11 de 7 de janeiro de 2015, considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

4.6 Critérios de elegibilidade

4.6.1 Critérios de inclusão

1. Mulheres em trabalho de parto admitidas na maternidade do CAM/IMIP;
2. Gestação a termo (37^a a 41^a semanas de gestação);
3. Parturientes com idade \geq a 18 anos.

4.6.2 Critérios de exclusão

4. Síndromes hemorrágicas da gravidez (placenta prévia e descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI));
5. Mulheres com indicação de cesariana: Desproporção Defalopélvica (DCP), frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, distorcia de progressão;
6. Mulheres sem capacidade de consentir ou não aceite participar da pesquisa.
7. Prontuários com dados incompletos inviabilizando a coleta de dados

4.7 Variáveis de análise

Foram estudadas as seguintes variáveis: **sociodemográficas**: (etnia, idade, escolaridade, estado civil e procedência); **obstétricas** (idade gestacional, paridade, realização do pré-natal, início do pré-natal e número de consultas); **características do internamento** (integridade da bolsa das águas, tipo de trabalho de parto (espontâneo ou induzido); **fase do trabalho de parto na admissão** (latente ou ativa), acompanhamento do TP pelo partograma, tempo de internamento); **estratégias durante o trabalho de parto** (banho morno, bola de bobath, cavalinho, massagem, liberdade de posição, presença de doulas e/ou acompanhante, aromaterapia, exercícios respiratórios); **intervenções obstétricas** (restrição alimentar, indução ou condução do TP, aminiotomia, Kristeller, fórceps); **posição adotada durante o parto** (litotomia, cócoras, quatro apoios, joelhos, semisentada, decúbito lateral, em banquetta); **desfechos perineais** (integridade perineal, laceração (grau e necessidade de sutura) e episiotomia); e

desfecho neonatal (clampeamento tardio do cordão, índice de Apgar, contato precoce pele a pele, promoção do aleitamento materno na primeira hora, peso, necessidade de reanimação neonatal e admissão do Recém-nascido – Rn, em UTI neonatal).

4.8 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados do prontuário hospitalar, banco de dados do CPN e entrevistas com as parturientes, guiados através de um questionário estruturado conforme as variáveis de análise pré-estabelecidas.

4.9 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira com o CAAE nº: 08912419.3.0000.5201 e o parecer nº 3.257.241, conforme recomendado na resolução 466/12.

O estudo atende as determinações da declaração de Helsinque e suas emendas posteriores para pesquisas em seres humanos e cumpre os termos da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo baseia-se em achados contidos em prontuários das parturientes admitidas no IMIP e através de entrevistas, não envolvendo nenhum tipo de intervenção ou procedimento. Preservada ainda, confidencialidade dos dados, cujos resultados da análise serão voltados exclusivamente para fins científicos.

V. RESULTADOS

Durante o período da pesquisa, foram atendidas no Centro de Atenção à Mulher – CAM/IMIP, 1.636 parturientes. Destas, 608 foram incluídas no estudo por atenderem os critérios elegibilidade.

Na tabela 1, podemos verificar que das parturientes que foram incluídas no estudo, (85,0%) foram acompanhadas no Pré-Parto - PP e (15,0%) no Centro de Parto Normal – CPN.

Tabela 1. Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher - CAM do IMIP, 2019.

Parturientes atendidas	n (608)	%
Centro de Parto Normal - CPN	91	15
Pré-parto	517	85

Fonte: IMIP, 2019

Os resultados quanto as características sociodemográficas das 608 parturientes incluídas neste estudo demonstram que (73,7%) encontravam-se na faixa etária entre 19 e 35 anos. No que se refere a etnia, (61,0%) consideravam-se pardas/negras e (38,0%) brancas. A procedência, (48,2%) era proveniente da Região metropolitana do Recife – RMR e (22,7%) do interior. Quanto a escolaridade, (41,4%) tinham entre 09 e 12 anos de estudo, o que equivale à conclusão do ensino fundamental I ou II. No que tange ao estado civil, (67,3%) das parturientes tinham uma relação estável. (tabela 2)

Tabela 2. Características sociodemográficas das parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher - CAM do IMIP, 2019.

Características sócio demográficas	n (608)	%
Idade		
≤ 18	76	12,5
19-35	448	73,7
≥ 36	84	13,8
Etnia		
Branca	233	38,3
Parda	183	30,1
Negra	188	30,9
Amarela	01	0,2
Indígena	03	0,5
Município de Residência		
Recife	218	35,9
RMR	252	41,4
Interior	138	22,7
Escolaridade (anos de estudo)		
↓ de 09 anos	215	35,4
09 - 12	293	48,2
↑ de 12 anos	100	16,4
Estado Civil		
Solteira	131	21,5
Casada	197	32,4
União consensual	212	34,9
Divorciada	62	10,2
Viúva	06	1,0

Fonte: IMIP, 2019

A Tabela 3 permite avaliar as características obstétricas das parturientes. Observa-se que, (72,9%) delas encontravam-se entre 37 e 39 semanas gestacional. Revela ainda que (76,8%) das parturientes realizaram o pré-natal na gestação atual e (62,8%) já haviam vivenciado a gestação.

Tabela 3 - Características obstétricas das parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher– CAM/IMIP, 2019.

Características Obstétricas	n (608)	%
Idade Gestacional na admissão		
37 sem a 39 sem	443	72,9
> 39 sem	165	27,1
Realização do pré-natal		
Sim	467	76,8
Não	141	23,2
Paridade		
Primíparas	226	37,2
Múltiparas	382	62,8

Fonte: IMIP, 2019

Em relação as estratégias utilizadas durante o trabalho de parto, foram observadas que (100%) das parturientes foram estimuladas a liberdade de posição e que a presença do acompanhante foi garantida a (93,6%) das parturientes. Verificou -se ainda que, as práticas não farmacológicas de alívio da dor, como: massagens (90,0%), exercícios respiratórios (85,5%), uso de bola de bobath (83,9%) e o banho morno (69,4%), foram valorizadas pelos profissionais que atenderam essas parturientes. (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição de estratégias utilizadas durante o trabalho de parto em parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher – CAM/IMIP, 2019.

Estratégias utilizadas durante o trabalho de parto	n (608)	%
Liberdade de posição	608	100,0
Presença de acompanhante	569	93,6
Massagem	547	90,0
Exercícios respiratórios	520	85,5
Bola de bobath	510	83,9
Banho morno	422	69,4
Aromaterapia	05	0,8

Fonte: IMIP, 2019

A tabela 5, apresenta que a posição semisentada (28,3%) foi muito utilizada pelas parturientes que vivenciaram o parto normal, seguida da banqueta (25,8%). A posição de cócoras (16,3%), litotomia (15,1%), como também, quatro apoios (9,2%) e decúbito lateral (5,3%) foram pouco adotadas na fase expulsiva.

A presença de laceração foi verificada em 84,2% das parturientes, das quais 79,5% tiveram necessidade de sutura, sendo a laceração de 2º grau (60,9%) mais frequente.

Tabela 5 - Distribuição da posição adotada no parto e os desfechos perineais em parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher – CAM/IMIP, 2019.

Distribuição da posição adotada no parto e os desfechos perineais	n (608)	%
Posição adotada durante o parto		
Semisentada	172	28,3
Banqueta	157	25,8
Cócoras	99	16,3
Litotomia	92	15,1
Quatro apoios	56	9,2
Decúbito lateral	32	5,3
Presença de laceração		
Sim	512	84,2
Não	96	15,8
Grau da laceração		
1º Grau	105	20,5
2º Grau	312	60,9
3º Grau	95	18,6
Correção de laceração		
Sim	407	79,5
Não	105	20,5

Fonte: IMIP, 2019

Quanto aos resultados neonatais, foi observado que (51,6%) dos Rns apresentaram o peso ao nascimento entre 3.001 e 4.000g, que (71,9%) apresentaram Apgar ≥ 7 no 1º min e (88,5%) com Apgar ≥ 7 no 5º min. O clampeamento tardio foi verificado em (81,9%) dos nascimentos, o contato precoce foi promovido em (86,0%) e a prática do aleitamento materno na 1ª hora foi observada em (90,6%) da amostra. (Tabela 6)

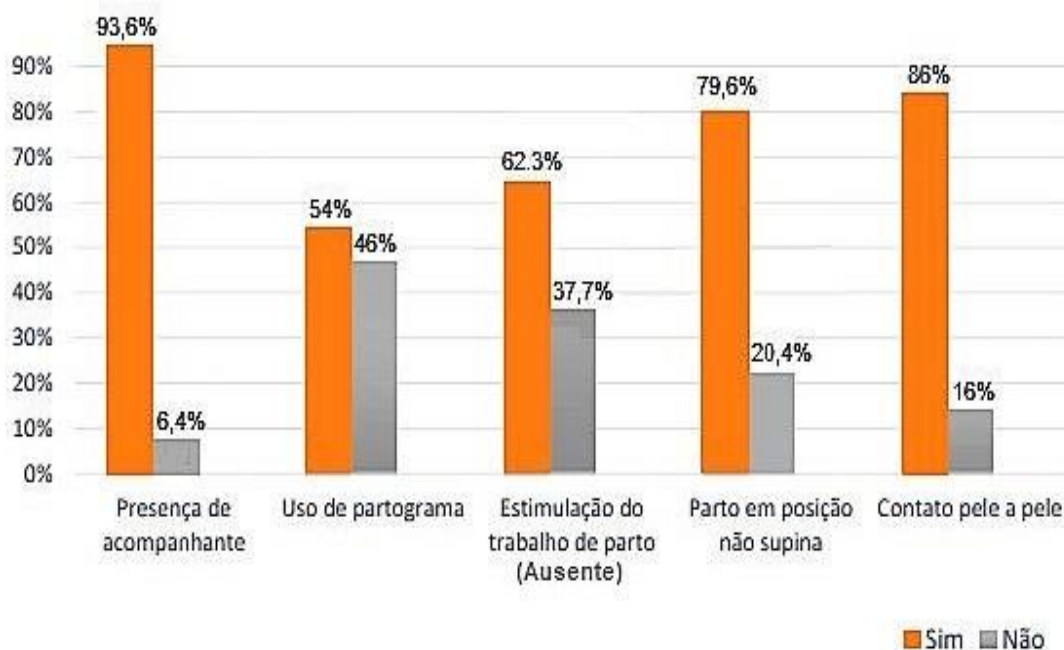
Tabela 6 - Distribuição de frequência do desfecho neonatal de parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher – CAM/IMIP, 2019.

Desfecho Neonatal	n (608)	%
Peso do RN		
↓ de 2.500g	132	21,7
2.501 – 3.000g	111	18,3
3.001 – 3.500g	188	30,9
3.501 – 4.000g	126	20,7
↑ 4000g	51	8,4
Apgar ≥ 7 no 1º min		
Sim	437	71,9
Não	171	28,1
Apgar ≥ 7 no 5º min		
Sim	538	88,5
Não	70	11,5
Clampeamento tardio do cordão		
Sim	498	81,9
Não	119	18,1
Contato precoce pele a pele		
Sim	523	86,0
Não	85	14,0
Aleitamento na primeira hora de vida		
Sim	551	90,6
Não	57	9,4

Fonte: IMIP, 2019

O Escore de Bologna, então, foi aplicado aos partos normais da população acima pesquisada. A instituição obteve resultados variando entre 2 a 5 pontos; dos quais correspondem: 2 (9%), 3 (28,7%), 4 (39,3%), 5 (23%), da população analisada. A pontuação encontrada equivale à uma média de 3,76 pontos.

Tabela 7 - Padrões de qualidade do Escore de Bologna, de parturientes atendidas no Centro de Atenção a Mulher – CAM/IMIP, 2019.



Em análise da tabela 7, (93,6%) das mulheres tiveram um acompanhante de sua livre escolha; (54%) das mulheres tiveram a evolução de seu parto registrado no partograma; (62,3%) das mulheres não tiveram estimulação para o trabalho de parto; (79,6%) estavam em posição não-supina durante o parto; e, (86%) das mulheres tiveram contato pele a pele com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos.

VI. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi descrever e avaliar como a assistência obstétrica é prestada à mulher e ao seu filho durante o parto normal na maternidade do CAM/IMIP, nos setores PP e CPN, tendo como referência as práticas recomendadas pela OMS.

Na pesquisa, foram analisadas variáveis de dados de 608 partos transpêvilcos, de parturientes admitidas no PP e CPN, com idade \geq a 18 anos, gestação a termo (37 a 41 semanas de gestação) e que consentiram sua participação na pesquisa, através da sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa possibilitou um traçado das características sociodemográficas e obstétricas de parturientes, das quais se relacionam com a qualidade prestada da assistência à saúde. Tal necessidade fundamenta-se no processo do Sistema Único de Saúde, desencadeado a partir dos anos de 1990, que tem como pilar de sustentação a busca de indicadores como estes: individualizados e específicos. Com o intuito de evidenciar vulnerabilidades na saúde, permitindo o planejamento e a adoção de medidas sistemáticas que visam adequar a assistência prestada.

As características sociodemográficas das parturientes incluídas neste estudo demonstram que: (73,7%) encontravam-se na faixa etária entre 19 e 35 anos. No que se refere a etnia, (61,0%) consideravam-se pardas/negras e (38,0%) brancas. A procedência, em grande parte, (48,2%) era proveniente da Região metropolitana do Recife – RMR e (22,7%) do interior. Quanto a escolaridade, (41,4%) tinham entre 09 e 12 anos de estudo, equivalente à conclusão do ensino fundamental I ou II. No tocante ao estado civil, (67,3%) das parturientes tinham uma relação estável.

Em um estudo que avaliou o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público, foi identificado que (69,3%) encontravam-se na faixa etária entre 20 e 35 anos, (70,0%) das mulheres alcançaram ensino fundamental I ou II completo; (74,3%) tinham companheiro, sendo (34,4%) casadas e (39,9%) em união estável. Foi ainda verificado que (60,8%) se autodeclararam pardas ou pretas/negras, corroborando com nossos achados. ^{16,17}

Apesar da nossa amostra ser composta por um percentual maior de parturientes adultas, faz-se necessário a continuidade de propagação de estratégias sobre o planejamento familiar, a fim de orientar e promover a qualidade de vida, considerando as condições socioeconômicas e psicológicas. Assim como, o predomínio de mães com apoio de um companheiro, com embasamento científico e cultural, traz melhorias a tais condições e estabilidade econômica.

No que tange as características obstétricas das parturientes, observa-se que (72,9%) delas encontravam-se entre 37 e 39 semanas de gestação, (76,8%) realizaram pré-natal e que (62,8%) já haviam vivenciado a gestação.

Estudo realizado em dois hospitais vinculados ao SUS na Região Sul do Brasil, verificou dados semelhantes a esse estudo, onde (95,1%) atingiram idade gestacional entre 37 e 40 semanas e (70,6%) realizaram consultas de pré-natal. Em relação à história reprodutiva, achados mostram estudos com percentil de (39,9%) primigestas, sendo, em sua maioria, (60,1%) multíparas. ^{16,18}

Visando a idade gestacional coletada, acrescenta-se que a duração da gestação é considerada um dos maiores determinantes do crescimento intrauterino e dos problemas de desenvolvimento fetal, constituindo-se um fator de risco para a mortalidade neonatal. Destaca-se então, que o pré-natal é fator importante de proteção tanto para mãe quanto para o bebê, uma vez que, realizado adequadamente, proporciona melhores resultados na gestação, parto e puerpério, reduzindo as complicações e a morbimortalidade materno-infantil. ¹⁹

No âmbito da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza a realização de no mínimo seis consultas, com início preferencialmente no primeiro trimestre da gestação. Isso posto, apesar da existência de puérperas com relato de não realização do pré-natal, o fato da maioria ter recebido esse tipo de assistência representa importante avanço em termos de cobertura.

Ao que se refere as estratégias utilizadas durante o trabalho de parto, foi observado que (100,0%) das parturientes foram estimuladas a liberdade de posição.

As gestantes em fase de trabalho de parto, devem ser estimuladas à possibilidade de deambulação e adoção de práticas verticalizadas ou semisentada, como o uso da bola e do cavalinho, ou posições que proporcionam melhor fluxo uteroplacentário e diminuição dos níveis pressóricos. Não obstante, tal prática, para que seja de fato considerada humanizada, deve ser estimulada e não imposta, ficando a critério da mulher adotar e aderir tais recomendações ou não. 20

Sendo o local da pesquisa uma instituição que preconiza e estimula a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério, foi verificado um percentual de (93,6%) dessa prática.

Pontos como a presença de acompanhantes devem ser ressaltados, uma vez que todas as mulheres em trabalho de parto e parto têm o direito a acompanhante, considerando a Lei nº 11.108, de abril de 2005, que Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Fato este que não dispensa o apoio e serviço oferecido pela equipe de saúde.

Uma revisão sistemática que analisou 21 ensaios clínicos randomizados indicou que essa prática contribui significativamente para o aumento dos partos vaginais espontâneos, redução da necessidade de analgesia intraparto, redução do tempo de trabalho de parto, assim como satisfação da experiência materna. ²¹

O manejo da dor contempla uma série de práticas complementares e métodos não farmacológicos, que auxiliam no suporte à mulher, para que o parto seja uma experiência positiva. Neste estudo foi verificado que, as práticas não farmacológicas de alívio da dor, como: massagens (90,0%), exercícios respiratórios (85,5%), uso de bola de bobath (83,9%) e o banho morno (69,4%), foram valorizadas pelos profissionais que atenderam essas parturientes.

Esse fato encontra amparo na literatura, que tem demonstrado que entre os métodos mais utilizados estão o banho de chuveiro, a deambulação, a massagem lombossacral, o relaxamento muscular e os exercícios respiratórios, de forma combinada ou isolada, sendo efetivos no alívio e conforto da dor de parturientes em trabalho de parto, evidenciando que tais métodos são preferência entre as equipes de saúde. ²²

Neste estudo, foi observado que (28,3%) das parturientes que vivenciaram o parto normal adotaram a posição semisentada e que outras posições como cócoras (16,3%), quatro apoios (9,2%) e decúbito lateral (5,3%) foram pouco adotadas na fase expulsiva.

No modelo de assistência ao parto e nascimento de forma humanizada, muito vem se discutindo sobre a melhor posição para os partos. Fatores culturais aliados à falta de evidências científicas fazem com que as gestantes permaneçam, na maior parte do trabalho de parto, em posição horizontal. Segundo as recomendações da OMS, as mulheres devem adotar posições que lhe agradem, devendo ser estimuladas por profissionais capacitados e que acompanhem partos em outras posições, além da tradicional (decúbito dorsal horizontal). ²³

Oliveira, afirma que o uso de posições não supinas durante o trabalho de parto está relacionado ao controle e diminuição da dor. Consequentemente, posições verticalizadas podem favorecer o relaxamento da pelve e diminuir as sensações dolorosas durante o parto. Facilitam também a liberdade de movimento e a flexibilização do quadril, as quais ajudam na rotação da apresentação fetal, facilitando a evolução do trabalho de parto. ¹²

Podemos inferir ainda, por meio da análise dos resultados que, na instituição em estudo, a presença de laceração foi verificada em (84,2%) das parturientes, (79,5%) destas tiveram necessidade de sutura. Sendo a laceração de 2º grau (60,9%), a mais frequente.

Uma metanálise dos riscos e benefícios de diversas posições adotadas durante o segundo estágio do trabalho de parto encontrou maior ocorrência de laceração perineal de 2º grau nos partos verticais ou em decúbito lateral, comparados aos partos horizontais. A ocorrência de lacerações perineais no parto normal depende de diversos fatores, que podem estar relacionados às condições maternas, ao feto e ao parto em si. Embora estes fatores não estejam definitivamente estabelecidos, existem evidências indicando relação entre o local do parto e o profissional que o assiste. ^{24, 25}

Quanto aos desfechos neonatais, foi observado que (51,6%) dos Rns apresentaram o peso ao nascimento entre 3.001 e 4.000g, (71,9%) apresentaram Apgar ≥ 7 no 1º min, o clampeamento tardio foi verificado em (81,9%) dos nascimentos, o contato precoce foi promovido em (86,0%) e a prática do aleitamento materno na 1ª hora foi observada em (90,6%) da amostra.

Em estudo semelhante, foram encontrados dados em que (76,0%) dos nascimentos tiveram o clampeamento do cordão umbilical tardio, (73,1%) dos Rns foram mantidos em contato pele a pele precoce com suas mães e (80,0%) deles foram amamentados na primeira hora de vida. No que se refere às condições de nascimento, a maioria dos Rns apresentaram escore de Apgar no 1º e 5º minuto de vida superior a sete, correspondendo as taxas de (93% e 99%), respectivamente. ^{26,27}

Ao que tange o contato precoce pele a pele da mãe com o Rn, a OMS recomenda que seja ofertado imediatamente após o parto, com a finalidade de prevenir a hipotermia no recém-nascido, manutenção do equilíbrio acidobásico, ajuste ao movimento respiratório e choro e favorecer o vínculo entre ele e a mãe, favorece também o estímulo à atenção materna, influenciando no aleitamento materno efetivo. Portanto, o Rn ativo deve ser colocado em contato direto sobre o abdômen ou tórax materno e protegido por um cobertor seco e aquecido. Deve-se postergar os procedimentos de rotina a fim de que se prolongue esse contato, além de estendê-lo ao máximo durante o internamento.

Ademais, o aleitamento materno na primeira hora de vida é considerado um indicador de excelência da amamentação, de acordo com a OMS. Onde a amamentação, ainda na sala de parto, possibilita ao Rn uma melhor adaptação da vida extrauterina e regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica. Já a sucção precoce, traz benefícios principalmente para as mães, estimulando a hipófise na produção de ocitocina e prolactina, aumentando a produção de leite pelo organismo. ²⁸

Diante o exposto acima e em uso da ferramenta de juízo proposta pela Organização Mundial de Saúde, no qual qualidade da assistência prestada ao parto normal e nascimento é adequadamente avaliada quando se realiza uma análise utilizando o Escore de Bologna (EB), com o intuito de compilar práticas importantes que são amplamente recomendadas, e a fim de avaliar atitudes e estratégias de determinado serviço para o atendimento obstétrico. 15

O EB, então, foi aplicado aos partos normais da população pesquisada e a instituição obteve resultados variando entre 2 a 5 pontos; dos quais correspondem: 2 (9%), 3 (28,7%), 4 (39,3%), 5 (23%), da população analisada. A pontuação encontrada equivale à uma média de 3,76 pontos.

O cálculo foi realizado individualmente, com as 608 parturientes, obtendo pontuações “1” se presente, e “0” se ausente, em cada uma das categorias: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcepe e/ou vácuo extrator); 4) Parto em posição não supina; e 5) Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento). Totalizando 5 pontos, caso preenchessem satisfatoriamente todos os critérios abordados.

Dessas, (93,6%) das mulheres tiveram um acompanhante de sua livre escolha; (54%) das mulheres tiveram a evolução de seu parto registrado no partograma; (62,3%) das mulheres não tiveram estimulação para o trabalho de parto; (79,6%) estavam em posição não-supina durante o parto; e, (86%) das mulheres tiveram contato pele a pele com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos.

Um estudo realizado em Uberlândia em 2018, corroborou com os padrões encontrados nessa pesquisa, onde (40%) dos partos normais recebeu pontuação 4, desdobrados em: (84%) das mulheres contavam com a presença do acompanhante; (58%) das mulheres tiveram o partograma registrado; (80%) das mulheres tiveram a ausência de estimulação para o trabalho de parto; (72%) das mães tiveram contato pele a pele com o recém-nascido; e, (54%) estavam em posição não-supina durante o parto.

Referente ao partograma como um indicador de processo, a sua utilização no acompanhamento do trabalho de parto pode servir para avaliar a qualidade da assistência ao parto normal. Contribuindo para o fornecimento de uma visão geral do trabalho de parto, o uso do partograma possibilita ao profissional da assistência obstétrica, identificar desvios do bem-estar materno e fetal e da evolução do parto.

Para o estímulo ao trabalho de parto, o uso de ocitocina durante o trabalho de parto e a realização de episiotomia foram os mais frequentes. Protocolo de Minas Gerais (2011), estado referência na implementação da Rede Cegonha no país, descreve que o uso de ocitocina não deve ocorrer de forma rotineira, resguardando essa prática em casos de disfunção da contratilidade uterina. Recomenda-se que se realize avaliação acurada da progressão do trabalho de parto, garantindo o uso cauteloso e monitorado da ocitocina, com vistas a minimizar a morbidade materna e neonatal. ²⁹

Uma revisão de literatura indexada no PubMed e na Cochrane evidenciou diversos malefícios da episiotomia. Os autores referem que esta prática não previne a ocorrência de laceração perineal ou incontinência urinária, no entanto, pode resultar em trauma perineal mais grave do que se não realizada. A redução das taxas de sua utilização está diretamente relacionada a melhor satisfação materna, além de redução de dor no puerpério. Assim, a episiotomia deve ser realizada de forma restrita e seletiva, pois sua utilização indiscriminada demonstra uma interferência à fisiologia do parto. ³⁰

VII. CONCLUSÃO

Diante da análise dos dados coletados na pesquisa, os resultados refletem que apesar de falhar parcialmente no tocante à utilização do partograma e na ausência da estimulação do trabalho de parto, as outras medidas avaliadas pelo EB, como presença de acompanhante, adoção de posições não-supinas durante o trabalho de parto e contato precoce pele a pele, possuíram taxas elevadas de realização, o que conclui o objetivo do estudo e a avaliação positiva das estratégias utilizadas na instituição, ainda que haja necessidade de adesão a totalidade das práticas recomendadas pela OMS.

A inserção de práticas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com o preconizado pela OMS, como o uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor, posições verticais, presença do acompanhante e práticas humanizadas de recepção ao recém-nascido, qualifica o cuidado prestado e valoriza o protagonismo da mulher, além de reduzir a utilização de práticas intervencionistas sem a adequada indicação clínica, proporcionando uma experiência positiva do parto.

Desse modo, o estudo evidencia que o cuidado prestado sob ótica da humanização tem se mostrado alinhado aos preceitos da assistência adequada ao parto e nascimento, ao passo que a inserção dessas práticas no campo de cuidado é indispensável e uteis ao bem-estar.

Vale ressaltar ainda, que a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498, de 25 de junho de 1986, respalda a atuação da enfermeira obstétrica no cuidado integral ao processo parturitivo, evidenciando sua autonomia e preparo para oferecimento de cuidado ao parto e ao nascimento. Portanto a capacitação e o comprometimento se fazem necessários, para uma atuação adequada na área obstétrica e neonatal.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carvalho, P.G.M. Barcellos, F.C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM: Uma avaliação crítica. *Sustentabilidade em Debate - Brasília*, v. 5, n. 3, p. 222-244, set/dez 2014.
2. Bhutta, Z.A. Chopra, M. Axelson, H. Berman, P. Boerma, T. Bryce, J. et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *The Lancet*, volume 375, N° 9730, p2032-2044, june 2010.
3. Maia, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9.
4. Aquino, E.M.L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S8-S10, 2014.
5. Silva, A.L.A. Mendes, A.C.G. Miranda, G.M.D. Sá, D.A. Souza, W.V. Lyra, T.M. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. *Rev Saúde Pública* 2014;48(4):682-69.
6. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO; 1996.
7. Ministério da Saúde. Portaria N° 569/2000 - Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.
8. Possati, A.B. Prates, L.A. Cremonese, L. Scarton, J. Alves, C.N. Ressel, L.B. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Esc Anna Nery* 2017;21(4): e 20160366.20
9. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
10. Andreucci, C.B. Cecatti, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(6):1053-1064, jun, 2011.
11. Presidência da República (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília (DF); 2007.
12. Oliveira, F.A.M. Leal, G.C.G. Wolff, L.D.G. Gonçalves, L.S. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):177-84.
13. Santos, H.F.L. Araújo, M.M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura *Revista Científica FacMais*, Volume. VI, Número 2. Ano 2016/1° Semestre. ISSN 2238-8427.

14. Dulfe, P.A.M. Barcellos, J.G. Alves, V.H. et al. A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 12):5402 - 16, dez., 2017.
15. Barbosa, E.M. Oliveira, A.S.S. e Marques, M.B. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Rev Rene.* 2017 mar-abr; 18(2):227-33.
16. Schiller, E.F. A relação entre perfis de parturientes e vias de parto no Brasil. Universidade de Brasília - DF, dez, 2015.
17. Nagahama, E.E.I. Santiago, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Universidade Estadual de Maringá, Dez, 2007.
18. Melo, E.M. Oliveira, R.R. Mathias, T.A.F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP* · 2015; 49(4):540-549
19. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2(8452):436-7.
20. Mafetoni, R.R. Shimo, A.K.K. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. *Rev Mineira Enferm.* 2014, cited 2016 Apr 28;18(2):513-20.
21. Hanum, S.P. Mattos, D.V. Matão, M.E.L. et al. Estratégias não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 8):3303-9, ago., 2017
22. Ministério da Saúde/CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de recomendação. Brasília, 2016.
23. Gupta, J.K. Hofmeyr, G.J. Smyth, R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004; Issue 1. Art. No.: CD002006.
24. Riesco, M.L.G. Costa, A.S.C. Almeida, S.F.S. Basile, A.L.O. Oliveira, S.M.J.V. Trauma perineal no parto normal. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):77-83.
25. Medeiros, R.M.K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2016 nov-dez;69(6):1091-8.
26. Santos, L.M. Silva, J.C.R. Carvalho, E.S.S. Carneiro, A.J.S. Santana, R.C.B. Fonseca, M.C.C. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm.* 2014, maio, 2016,05;67(2):202-7.

27. Silva, J.L.P. Linhares, F.M.P. Barros, A.A. Souza, A.G. Alves, D.S. Andrade, P.O.N. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(4): e4190017
28. Martins, A. C. B. Uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência em um hospital universitário. 2018. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Uberlândia, 2018
29. Carvalho, I. S. Brito, R.S. Utilização do índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. *Rev Esc Enferm USP* · 2016;50(5):742-749

IX. APENDICE

9.1 QUESTIONÁRIO:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ N° de Prontuário: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Idade da mulher (checar com a data do nascimento):
2. Etnia: () Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena
3. Procedência: () Recife () RMR* () Interior
4. Escolaridade: () ↓ de 09 anos () 09 - 12 anos () ↑ de 12 anos
5. Estado Civil: () Casada () Solteira () União consensual ()
Separada/Divorciada () Viúva

*(Abreu e Lima, Cabo, Camaragibe, Goiana, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão, Moreno, Olinda, Paulista, São Lourenço)

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

6. Idade Gestacional em semanas
7. Gesta_Para_Aborto
8. Realização do pré-natal: () Sim () Não Se sim, quantas consultas
9. Início das consultas do pré-natal: () 1° Trimestre () 2° Trimestre () 3° Trimestre

CARACTERÍSTICAS DO INTERNAMENTO

1. Tempo de internamento:
2. Integridade da bolsa das águas: () Sim () Não Se sim, quanto tempo
3. Tipo de trabalho de parto: () espontâneo () induzido

4. Fase do trabalho de parto na admissão: () latente () ativa
5. Acompanhamento do TP pelo partograma: () Sim () Não

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

6. Banho morno: () Sim () Não
7. Bola de bobath: () Sim () Não
8. Cavalinho: () Sim () Não
9. Massagem: () Sim () Não
10. Liberdade de posição: () Sim () Não
11. Presença de doulas e/ou acompanhante: () Sim () Não
12. Aromaterapia: () Sim () Não
13. Exercícios respiratórios: () Sim () Não

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS DURANTE O TP E/OU PARTO

14. Restrição alimentar: () Sim () Não
15. Indução ou condução do TP com ocitocina: () Sim () Não
16. Aminiotomia: () Sim () Não
17. Fórceps: () Sim () Não
18. Kristeller: () Sim () Não

POSIÇÃO ADOTADA DURANTE O PARTO

1. Litotomia () Cócoras () Quatro apoios () Joelhos ()
Semisentada () Decúbito lateral () Em banqueta ()

DESFECHEO PERINEAL

2. Integridade perineal: () Sim () Não

3. **Laceração:** Sim Não **Grau da laceração:** 1 grau 2 grau
3 grau 4 grau **Necessidade de sutura:** Sim Não
4. Episiotomia: Sim Não

DESFECHO NEONATAL

5. Óbito do RN: Sim Não
6. Clampeamento tardio do cordão: Sim Não
7. **Índice de Apgar:**
- Apgar ≥ 7 no 1º min: Sim (
) Não Apgar ≥ 7 no 5º min:
 Sim Não
8. Contato precoce pele a pele: Sim Não
9. Promoção do aleitamento materno na primeira hora: Sim Não
37. Peso: ↓ de 2.500g 2.501 - 3.000g 3.001 - 3.500g 3.501 -
4.000g ↑ 4000g
1. Necessidade de reanimação neonatal: Sim Não
2. Admissão do RN em UTI neonatal: Sim Não

9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“ESTRATÉGIA DO PARTO HUMANIZADO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO RECIFE: INDICADORES DE QUALIDADE E DESFECHOS”

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa porque foi atendida nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Avaliar a atenção ao parto e nascimento e os resultados obtidos com a utilização da estratégia do parto humanizado. Descrever as características sociodemográficas; identificar as características obstétricas; analisar as características do internamento; descrever as estratégias utilizadas durante o trabalho de parto; descrever as intervenções obstétricas durante o TP e/ou parto; identificar a posição adotada durante o parto; verificar as condições de nascimento do recém-nascido.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O estudo será observacional, realizado com base nos dados coletados pelo pesquisador com pacientes maiores de 18 anos, assistidas durante o trabalho de parto e parto no pré-parto ou no Centro de parto normal - Espaço Aconchego. Não será coletada nenhuma amostra biológica durante esta pesquisa. Se você concordar, os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa consultarão seus dados clínicos e laboratoriais que se encontram no seu prontuário. Os dados coletados no prontuário serão mantidos em sigilo e confidencialidade.

BENEFÍCIOS

Estarão condicionados a divulgação dos resultados da pesquisa através de artigos científicos, beneficiando a comunidade geral e científica, que contribuirá com a divulgação de informações atuais e confiáveis, além de possibilitar a implantação de estratégias para melhoria da assistência durante o trabalho de parto e nascimento.

RISCOS

Os riscos que envolvem a realização da pesquisa serão mínimos, e como intuito de evitar, você terá sua identidade preservada. Poderá ser observado algum desconforto causado pelo tempo dedicado ao questionário e constrangimento por alguma pergunta de cunho mais pessoal. Porém, os pesquisadores tomarão a precaução de realizar de modo individualizado, preservando o sigilo das informações e privacidade do participante. Não serão realizadas técnicas invasivas na coleta dos dados, não havendo, portanto, possibilidade de nenhum dano a sua integridade física.

CUSTOS

Você não pagará por qualquer procedimento, medicação ou teste durante o período da pesquisa. Não haverá remuneração a qualquer das participantes da pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Roberta Barbosa Leão dos Santos no telefone (81) 9.9764 -3602 das 08:00 as 17:00h e Maria Inês Bezerra de Melo no telefone (81) 9.9811-7851 e no email: inesmel2000@yahoo.com.br. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde).

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ /_ /_

Nome e Assinatura do participante Data

_____ /_ /_

Nome e Assinatura do Responsável Legal Data

Impressão digital

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____ /_ /_

Nome e Assinatura do responsável pela obtenção do termo Data