

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

THAÍS CARVALHO DA SILVA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E DAS UTILIZADAS
DE MODO INADEQUADO NO TRABALHO DE PARTO**

Porto Alegre

2012

THAÍS CARVALHO DA SILVA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E DAS UTILIZADAS
DE MODO INADEQUADO NO TRABALHO DE PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr. Helga G. Gouveia

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão de mais uma etapa em minha vida.

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida e por tudo o que ela me proporcionou.

À minha família, que mesmo nas ocasiões difíceis, sempre me apoiou e se fez presente. Em especial à minha mãe pelo incentivo e dedicação incondicional em todos os momentos, ensinando-me a lutar pelos meus objetivos com muita coragem e perseverança.

Ao meu namorado que com muita paciência, amor e companheirismo soube lidar com minhas ansiedades e instabilidades de humor devido a momentos estressantes dessa árdua caminhada. Te amo!

Aos meus amigos mais próximos que souberam compreender os motivos das minhas ausências e, mesmo assim, não desistiram de me acompanhar nos momentos bons e ruins dessa jornada.

À UFRGS por me proporcionar um ensino de qualidade e a oportunidade de conviver com Professores e profissionais maravilhosos que não só colaboraram no meu crescimento profissional, mas também no meu desenvolvimento pessoal. Além de por em meu caminho verdadeiras amizades que, certamente, levarei para toda a minha vida!

Às colegas de Pesquisa pelo empenho e dedicação na conclusão das etapas de coleta e digitação no banco de dados deste trabalho.

À minha professora orientadora Helga pelo conhecimento transmitido, pela paciência nos momentos de angústia, pelo apoio e confiança e, principalmente, pelo exemplo e inspiração profissional.

*“O sucesso nasce do querer, da determinação
e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e
vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis.”*

José de Alencar

RESUMO

O parto e o nascimento são considerados, historicamente, eventos naturais, porém, ao longo da história, observamos um grande avanço no que diz respeito às tecnologias utilizadas na área obstétrica. Objetivou-se conhecer os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto em um hospital escola de Porto Alegre (RS). Estudo quantitativo de corte transversal, realizado com 385 puérperas que tiveram partos no Centro Obstétrico, recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas (pelo Capurro); foram excluídas as que não entraram em trabalho de parto e aquelas com indicação de cesariana eletiva, óbito fetal e mal formação fetal. Foram consideradas as variáveis tricotomia, enema e, número de toques vaginais e o oferecimento de dieta. Os questionários foram aplicados após as primeiras 12 horas pós-parto. Foi utilizada a análise descritiva das variáveis pesquisadas, mediante o uso de medidas de tendência central e de variabilidade. O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa denominado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Os resultados apontaram que 78,2% das entrevistadas tinham mais que 20 anos, Ensino Médio Completo (30,4%), eram do lar (41,9%) e tinham companheiro (90,1%). Em relação à história obstétrica 81,5% realizou seis ou mais consultas pré-natal com acompanhamento gestacional com médico (70,3%) pelo SUS (84,3%), primigestas (46,6%) e entre as que tiveram partos anteriores, destacou-se o normal (40,6%). A avaliação das práticas realizadas durante o trabalho de parto verificou-se que a tricotomia foi realizada em 60,8% dos casos antes da internação. O enema não foi realizado em 98,9% dos casos. Em relação aos alimentos, verificou-se que água, suco, gelatina e chá foram os mais oferecidos, o jejum esteve prescrito em 35,8% das parturientes. A média de toque vaginal relatado pelas mulheres foi de 4,76 e a média dos registrados foi de 4,65, estes foram considerados suficientes para 77,4% das entrevistadas. O principal motivo da realização do exame de toque descrito pelas entrevistadas foi verificar a dilatação (81,3%). Concluímos que embora a classificação de práticas no parto normal (Organização Mundial da Saúde) existam desde o ano de 1996, observa-se que ações humanizadas e centradas na assistência individualizada à mulher ainda não estão totalmente inseridas na prática profissional. O enfermeiro por desempenhar um papel fundamental dentro da equipe multiprofissional torna-se um agente facilitador na implementação dessas recomendações de humanização do parto e nascimento, dispensando, assim, as práticas intervencionistas e desnecessárias de medicalização do parto e nascimento.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Trabalho de parto. Parto obstétrico. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The labor and birth are considered, historically, natural events, but throughout history, we see a breakthrough with regard to the technologies used in obstetrics. This study aimed to identify the procedures to which women were subjected during labor in a teaching hospital in Porto Alegre (RS). A side-view quantitative study, conducted with 385 mothers who delivered their babies at the Obstetric Center of that institution, newborns with a gestational age greater than or equal to 37 weeks (at Capurro); were excluded who did not enter into labor and those with indication for elective caesarean, refused to participate in the study, fetal death and fetal malformation. The variables considered were trichotomy, enema and number of vaginal-touch and offering diet. The interviews were conducted daily, after the first 12 hours postpartum. It was used a descriptive analysis of the variables studied, by employing measures of central tendency and variability, with presentation through charts and tables. The present study is an excerpt of the research project entitled "Practices implemented during the service delivery process", submitted and approved by the Research Commission of the School of Nursing at UFRGS and the Ethics in Research Committee of the HCPA. The results showed that 78.2% of respondents had more than 20 years, High School Full (30.4%) were housewives (41.9%) and had a partner (90.1%). Regarding obstetric 81.5% made six or more prenatal visits with gestational monitoring with physician (70.3%) SUS (84.3%), primiparous (46.6%) and among those who had births previous highlight was normal (40.6%). The evaluation of the practices performed during labor it was found that hair removal was performed in 60.8% of cases before admission. The enema was not performed in 98.9% of cases. Regarding the food, it was found that water, juice, jelly and tea were offered more, fasting was prescribed in 35.8% of pregnant women. The average of vaginal touch reported by women was 4.76 and the average recorded was 4.65, this was considered sufficient in 77.4% of cases. The main reason for the execution of the touch exam described by the interviewees was checking the dilation (81.3%). We conclude that although the OMS recommendations exist since the year 1996, it is observed that these actions focused on humanized and individualized assistance to women are not yet fully embedded in professional practice. The nurse, by playing a key role within the multiprofessional team, becomes a facilitator agent for the implementation of these recommendations for humanized childbirth, eliminating, thus, the interventionist and unnecessary practices of medicalization of the childbirth

Keywords: Midwifery. Labor, obstetrical deliver. Women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Distribuição das puérperas, segundo a idade, escolaridade e situação marital	27
Gráfico 1. Distribuição das puérperas, segundo o número de consultas pré-natal	28
Gráfico 2. Distribuição das puérperas segundo sistema de saúde que realizou pré-natal	28
Gráfico 3. Distribuição das puérperas segundo o profissional que a acompanhou no pré-natal.....	29
Gráfico 4. Distribuição das puérperas segundo o número de gestações	30
Gráfico 5. Distribuição das puérperas segundo a história obstétrica	31
Gráfico 6. Distribuição das puérperas segundo a realização de tricotomia	32
Gráfico 7. Distribuição das puérperas segundo a realização de enema	34
Gráfico 8. Distribuição de puérperas segundo os alimentos oferecidos durante o trabalho de parto	36
Gráfico 9. Distribuição de puérperas segundo a frequência dos tipos de alimentos oferecidos durante o trabalho de parto	37
Gráfico 10. Média do número de toques segundo relato das entrevistadas e toques registrados.....	39
Gráfico 11. Média do número de toques registrados e relatados segundo o tempo de trabalho de parto	40
Gráfico 12. Percepção das puérperas quanto à realização do número de exames de toques vaginais realizados	41
Gráfico 13. Distribuição das puérperas conforme orientação recebida sobre o motivo da realização do exame de toque vaginal	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 Recomendações da OMS	12
<i>3.1.1 Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes no parto normal</i>	<i>13</i>
<i>3.1.2 Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado</i>	<i>13</i>
3.2 A política nacional de atenção integral à saúde da mulher	14
3.3 Humanização do parto e do nascimento	16
3.4 Programa de humanização do pré-natal e do nascimento	17
3.5 Benefícios do modelo de atendimento humanizado à parturiente	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Local do estudo	20
4.3 População e amostra	20
4.4 Seleção de sujeitos	21
4.4 Instrumento de coleta de dados	21
4.5 Variáveis do estudo	21
4.6 Coleta dos dados	22
4.7 Análise dos dados	23
4.8 Aspectos éticos	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1 Caracterização da amostra	25
5.2 Práticas de atendimento realizadas durante o trabalho de parto	32
6 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXO A – RECOMENDAÇÕES DA OMS	49
ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM	52
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – HCPA	53

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74

1 INTRODUÇÃO

O parto e o nascimento são considerados, historicamente, eventos naturais, porém, ao longo da história, observamos um grande avanço no que diz respeito às tecnologias utilizadas na área obstétrica.

Esse modelo de atenção obstétrica contribuiu, em parte, para a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal e definiram a consolidação do processo de medicalização do parto. Esse processo vem acompanhado de uma série de práticas intervencionistas, que tem por objetivo interferir, monitorar e controlar a gravidez e o parto (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

Em decorrência do processo de medicalização, o Brasil, na década de 80 do século passado, era o país que mais realizava cesáreas no mundo (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002). A taxa de cesariana é um dos indicadores desse modelo medicalizado e intervencionista na atenção ao parto, e, atualmente, podemos afirmar que metade da população brasileira nasce por essa via, sendo que, desde o ano de 2010, a taxa de cesariana atingiu cerca de 52,2% (BRASIL, 2010).

Contudo, o aumento dos índices de cesáreas não é único elemento relevante em relação à medicalização do parto; destacam-se ainda as diversas práticas rotineiras que demandam mais intervenções e que são, muitas vezes, desnecessárias, inadequadas e dolorosas, além de excluir a mulher de ter maior autonomia sobre seu próprio parto e de tomar decisões acerca de seu corpo (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002; SEIBERTY *et al.*, 2005).

Dessa forma, torna-se fundamental desenvolver práticas de atendimento ao parto baseadas em evidências científicas, que deem condições efetivas para o parto normal, buscando, assim, um modelo de assistência humanizada ao nascimento e ao parto.

O modelo de atendimento ao parto humanizado fundamenta-se em evidências científicas e tem como objetivo principal reduzir condutas que sejam dispensáveis na assistência, promovendo o direito das mulheres e resgatando o papel central e ativo das mesmas durante o processo de parturição (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

No cotidiano de atenção ao parto, a autora deste estudo tem observado as dificuldades e, em algumas situações, a resistência dos profissionais que o assistem a aderirem às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), no que se refere às práticas no parto normal demonstradamente úteis que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto.

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade da implementação de um novo modelo de atenção obstétrica, ou seja, uma assistência humanizada ao parto e nascimento que se mostra de extrema relevância, visto que esse modelo traz benefícios à mulher, colocando-a como parte atuante do processo de parturição, resgatando sua autonomia durante o trabalho de parto e contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade perinatal no País.

Dessa forma, o presente estudo busca responder ao seguinte questionamento: *Qual a frequência da realização de tricotomia, enema, exames de toques vaginais e oferecimento de dieta em mulheres durante o trabalho de parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre?*

Destaca-se ainda que este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa denominado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, vinculado ao Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê/GEMBE da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as práticas de atendimento aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto em um hospital escola da Cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, conforme classificação recomendada pela OMS.

Objetivos específicos

- a) caracterizar as mulheres do estudo quanto a idade, escolaridade, situação marital, ocupação, paridade e pré-natal;
- b) verificar a frequência dos procedimentos de tricotomia, enema, número de toques vaginais e oferecimento de dieta.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Recomendações da OMS

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde, preocupada com a alta incidência de morbimortalidade materna e perinatal no mundo e com a intenção de qualificar a assistência prestada às parturientes, publicou uma série de recomendações sobre tecnologias que deveriam ser estimuladas durante o parto e o nascimento. Apenas em 1996, esse conjunto de recomendações foi atualizado e publicado. Esse novo trabalho foi organizado por uma equipe interdisciplinar, formada por *experts* de todas as partes do mundo e dos mais diferentes segmentos profissionais. Foram utilizadas as metanálises da *Cochrane Collaboration* juntamente com outros estudos representativos, seguindo-se os critérios da medicina baseada em evidências. O objetivo principal desse relatório foi analisar as evidências a favor ou contra algumas práticas mais utilizadas e realizar recomendações, embasadas nas melhores evidências científicas apresentadas, quanto ao seu papel na assistência ao parto normal (ROCHA; NOVAES, 2010).

Conhecido como “recomendações da OMS” (WHO, 1996), o documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias (Anexo A):

- A – condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B – condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C – condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto; e
- D – condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.

Assim como em outros países, no Brasil as recomendações da OMS não estão sendo utilizadas devidamente. Condutas que deveriam ser encorajadas durante o parto, como a presença de acompanhante, a oferta de líquidos, o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor e a liberdade de posição no parto, são desconsideradas por profissionais e instituições. Os procedimentos reconhecidamente prejudiciais e desnecessários, que deveriam ser eliminados são mantidos como rotina na maioria dos serviços. Até mesmo as práticas que, indicadas apropriadamente poderiam ser úteis são usadas de forma indevida, causando mais

malefícios, como, por exemplo, os exames vaginais frequentes (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

3.1.1 Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes no parto normal

A tricotomia dos pelos pubianos tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais, visando a redução na incidência de infecções da episiotomia, facilitação da episiorrafia e uma melhor higiene no pós-parto, porém não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização poderá gerar desconfortos e riscos para a parturiente: o desconforto no momento da sua execução e quando os pelos começam a crescer, além do risco de transmissão de doença, quando da utilização de lâminas não descartáveis (BRASIL, 2001).

Os benefícios tradicionalmente atribuídos à realização de enteroclisma (ou enema) rotineiro no início do trabalho de parto (menor risco de infecção local, maior facilidade para a descida da apresentação e influência positiva sobre a contratilidade uterina) tem sido cada vez mais questionados em vários estudos. Sua realização gera a parturiente desconforto durante a sua execução, apresentam um certo risco de lesão intestinal, além de incrementar os custos de assistência ao parto (BRASIL, 2001; WHO, 1996).

Esses procedimentos, citados anteriormente, há muito tempo são considerados desnecessários, classificados pela OMS como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes no parto normal, devendo ser eliminados e somente devem ser realizados a pedido da mulher, pois não existem estudos ou evidências científicas que comprovem sua necessidade em realizá-los (WHO, 1996).

3.1.2 Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

Em muitos países desenvolvidos, o receio de aspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia geral (síndrome de Mendelson) continua a justificar a regra de abstenção total de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto, porém o risco de aspiração está diretamente

associado ao risco de anestesia geral, o que são casos raros ao tratar-se de gestantes de baixo risco (WHO, 1996).

O trabalho de parto requer enormes quantidades de energia. Como não se pode prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno, pois a restrição severa de ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose, além de hipoglicemia neonatal (WHO, 1996).

Quanto à realização de exames vaginais, essa é uma das atividades essenciais na avaliação do início e do progresso do trabalho de parto. O número de exames vaginais deve ser limitado ao estritamente necessário; durante o primeiro estágio do parto, um a cada 4 horas em geral é suficiente (OMS, 1993). Outra prática no manejo do trabalho de parto é somente realizar um exame vaginal quando houver uma indicação desta necessidade, por exemplo quando a intensidade e a frequência das contrações diminuem, quando há o tampão mucoso (sinal do sangramento) ou a presença do puxo involuntário, ou antes de administrar a analgesia (WHO, 1996).

Em nenhuma circunstância as mulheres devem ser coagidas a passar por exames vaginais repetidos ou frequentes feitos por vários prestadores de serviço ou treinandos (WHO, 1996).

Por fim, a realização de exames vaginais frequentes ou repetidos e prescrição rotineira de jejum a todas parturientes são práticas classificadas pela OMS como frequentemente utilizadas de modo inadequado, pois sua realização é necessária e embasada em evidências científicas, porém cada caso deve ser avaliado de maneira diferente (WHO, 1996).

3.2 A política nacional de atenção integral à saúde da mulher

No Brasil, foi no início do século XX que a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo limitada apenas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados posteriormente, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (BRASIL, 2011).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura com os princípios da política de

saúde das mulheres e a eleição de prioridades nesse campo. O PAISM teve como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, que futuramente embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Esse paradigma teve seu enfoque no gênero, na integralidade e na promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e no puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas doenças sexualmente transmissíveis (DST), no câncer de colo de útero e de mama, além de noutras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011).

A seguir, alguns objetivos do PAISM relacionados a práticas de atendimento ao parto e nascimento:

- a) contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- b) ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde;
- c) promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada;
- d) construir, em parceria com outros atores, um pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal;
- e) qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- f) organizar a rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco;
- g) fortalecer o sistema de formação e/ou capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- h) melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a atenção ao parto e ao nascimento é intensamente caracterizada pela medicalização, pelas práticas dispensáveis e potencialmente iatrogênicas, além de apresentar alta taxa de cesarianas. Ocorre também o isolamento da gestante em relação a seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia,

contribuindo isso para o aumento dos riscos maternos e perinatais. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso. Ao mesmo tempo, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas (BRASIL, 2011).

3.3 Humanização do parto e do nascimento

Diante da convicção de que o parto só poderia ser julgado normal apenas depois de ocorrido, na segunda metade do século XX houve uma acelerada difusão no que se refere ao uso de tecnologias com a finalidade de provocar, aumentar, abreviar, regular ou monitorar o processo do parto e nascimento, para torná-lo “mais normal” e “melhorar” a saúde de mães e crianças. Devido a esse processo, as práticas de atendimento realizadas durante o trabalho de parto, nos países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento, levaram à adoção de intervenções inapropriadas, desnecessárias, dolorosas e, frequentemente, arriscadas. Sem análise de sua efetividade ou segurança, essas práticas sofreram uma avaliação criteriosa e foram desaprovadas pela Organização Mundial de Saúde (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

A evidência científica mostrou que várias dessas práticas usuais, como o enema e a tricotomia, não são necessárias, nem seguras, além de serem consideradas incômodas para muitas mulheres. Outras, como o uso rotineiro da episiotomia, da aceleração do parto com ocitócitos e a cesárea eletiva, mostraram-se nocivas e devem ser devidamente evitadas. Frequentemente essas intervenções levam a mais intervenções e complicações (a chamada cascata de intervenções). Além disso, a imposição autoritária e não informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa, além de constituírem-se em violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, ameaçando sua integridade física (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2003; REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002). Pesquisas demonstram que o parto normal pode e deve ser feito em ambiente mais acolhedor, como o quarto, em casa de parto ou mesmo no domicílio, e que a paciente acompanhada de pessoas de sua confiança tem um parto muito mais rápido, tranquilo e com menos práticas intervencionistas (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2003).

Em contrapartida ao uso dessas práticas dispensáveis, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996) propôs que a assistência deveria ter o mínimo possível de intervenções compatíveis com a segurança e, assim, obter uma mãe e uma criança saudáveis, o que contribuiu, para a consolidação do movimento pela humanização do parto e do nascimento (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

Essa humanização refere-se, sobretudo, ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças de receberem uma assistência qualificada, baseada em evidências científicas de segurança e eficácia, garantindo às parturientes os direitos a uma maternidade segura e prazerosa, bem como a racionalidade no uso dos recursos e não apenas uma regulamentação de práticas rotineiras organizadas segundo as necessidades de instituições ou profissionais (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

3.4 Programa de humanização do pré-natal e do nascimento

O Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN) foi criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000, com a finalidade de responder às necessidades de atenção especificamente em relação à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, tendo como prioridades:

- a) reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no País;
- b) adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- c) ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a essa área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes (BRASIL, 2002).

O objetivo principal do PHPN é melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos, segundo os direitos de cidadania. O PHPN é embasado nos princípios da humanização da assistência obstétrica e neonatal, que é condição primordial para o

acompanhamento apropriado do parto e do puerpério. A humanização compreende desde o atendimento qualificado e digno das unidades de saúde à mulher, a seus familiares e ao recém-nascido até a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas invasivas desnecessárias, que, embora usualmente utilizadas, não trazem benefícios nem à mulher nem ao recém-nascido, e que constantemente acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Os princípios que regem o PHPN são os seguintes:

- a) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério;
- b) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- c) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- d) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

3.5 Benefícios do modelo de atendimento humanizado à parturiente

Além de promover o direito das mulheres à informação e à decisão consultada nas ações de saúde, o modelo humanizado de atenção ao parto e ao nascimento ocasiona um estreitamento da relação profissional saúde-paciente, já que recomenda uma decisão compartilhada entre ambos, em vez de decidida de forma unilateral pelo profissional ou pela instituição, retomando, assim, o papel central da mulher e a autonomia de seu próprio corpo no processo de parturição (MATERNITY WISE, 2002 *apud* REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

Estudos têm demonstrado que as mulheres que receberam mais informações também acharam o parto mais satisfatório, talvez devido ao fato de sentirem-se como parte atuante deste processo. Além do mais, muitos procedimentos que os profissionais acreditam ser necessários e benéficos podem ser considerados pelas mulheres como desagradáveis e até degradantes. Geralmente, quanto menos intervenções, maior é a sensação de controle da

experiência pela mulher e, conseqüentemente, maior é a satisfação e menor é o estresse sentido por elas (HODNETT, 2002).

A satisfação no parto pelas parturientes, também, está bastante relacionada a um ambiente acolhedor e à presença de companhia durante todo o trabalho de parto. O acompanhante pode ser uma doula, o companheiro, um familiar ou amiga/o, ou seja, alguém livremente escolhido pela mulher (HODNETT, 2002). Em diversos países, há evidências de que o desuso de práticas inapropriadas e o estímulo à presença do acompanhante durante o parto tem sido relacionadas a resultados muito positivos, como menor número de morbimortalidade materna, menor risco de cesárea ou de partos operatórios, menor solicitação de alívio da dor, menor risco de Apgar abaixo de 7 nos primeiros 5 minutos, maior satisfação com o parto, menos trauma perineal, menor risco de desmame precoce e de dificuldades no pós-parto, entre outros (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002; COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2003).

A “escolha” pela realização de cesárea pelas mulheres desprovidas financeiramente se dá, muitas vezes, para livrar-se de uma série de procedimentos dolorosos, falta de sedação e condutas desnecessárias, além de serem mal tratadas pelos profissionais de hospitais públicos (BÉHAGUE; VICTORA; BARROS, 2002). Em suma, pode-se afirmar que o que mais influencia em tornar a experiência do parto mais prazerosa às mulheres é o comportamento dos profissionais diante da assistência prestada dentro das instituições (HODNETT, 2002).

De uma maneira geral, todas estas recomendações de condutas a serem realizadas para efetivação de um modelo humanizado na atenção ao parto apontam também para uma maior economia financeira por parte dos serviços de saúde, devido ao menor uso de insumos e procedimentos, além de promover a diminuição da carga de trabalho dos profissionais, com a inserção do acompanhante ou doulas aos serviços (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2003).

No Brasil, assim como em muitos países, atualmente o que observamos é uma mudança ainda muito lenta em relação à inclusão das recomendações baseadas na evidência científica. Por esse motivo, tais propostas devem ser ampliadas nesse processo de mudança das culturas institucionais, incentivando práticas além da informação para desenvolver uma promoção ativa e um acompanhamento efetivo de procedimentos baseados na evidência (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo quantitativo de corte transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2006).

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no décimo primeiro andar, ala sul. Trata-se de uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4.3 População e amostra

Considerando que no ano de 2010 o Hospital de Clínicas de Porto Alegre teve 3.510 nascimentos e visto que não existem dados na literatura sobre os níveis de adequação das práticas de assistência humanizada, o tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. O *Software* utilizado foi o *Win Papi*. Assim, foi estimada uma amostra de 385 puérperas.

4.4 Seleção de sujeitos

Foram incluídas no estudo 385 mulheres que tiveram partos no Centro Obstétrico na referida instituição, que tiveram recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, segundo o Teste de Capurro e que aceitaram participar do estudo; foram excluídas as que não entraram em trabalho de parto e aquelas com indicação de cesariana eletiva, aquelas com gestação gemelar, com óbito fetal e mal formação fetal.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a pesquisa Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição foi elaborado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) a fim de identificar os dados referentes à caracterização da amostra e as práticas assistenciais implementadas às mulheres.

Entretanto, para este estudo foram utilizados os dados referentes à caracterização da amostra e práticas de atendimento realizadas durante o trabalho de parto (tricotomia, enema e número de toques vaginais) e o oferecimento de dieta.

4.5 Variáveis do estudo

Idade: em anos completos no momento da entrevista.

Escolaridade: em anos de estudo.

Situação marital: informação fornecida pela gestante se tem ou não companheiro. Foram consideradas as seguintes categorias: ter companheiro e não ter companheiro.

Ocupação: atividade ou profissão exercida pela mulher.

Categoria de internação: Foram consideradas as seguintes categorias de internação: pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por prestadora de saúde privada (convênio) e por custeio próprio (particular).

Número de Gestações: Número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual.

Paridade: número de filhos nascidos vivos ou mortos independentes do tipo de parto. Foram considerados: parto normal, fórceps e cesariana.

Abortamento: morte ou expulsão ovular antes da 22^a semana de gestação, ou do produto de concepção com menos de 500 gramas de peso (BRASIL, 2006).

Consulta pré-natal: número de consultas durante a gestação.

Idade gestacional: é calculada baseada no primeiro dia da última menstruação (WATANABE, 2000), pela ultrassonografia de primeiro trimestre e através do Teste/Capurro (sistema de avaliação da idade gestacional do recém-nascido baseado em critérios físicos e neurológicos). Foi caracterizada em número de dias.

Procedimentos: intervenções e cuidados aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto. Foram consideradas as seguintes práticas de atendimento: tricotomia, enema, oferecimento de dieta e número de exames de toque vaginal.

4.6 Coleta dos dados

Após análise, aprovação e autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi agendada uma visita ao enfermeiro responsável da Unidade, com a finalidade de apresentar os objetivos da pesquisa, bem como o método de coleta das informações e, após, com os demais membros da equipe.

Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, registros do prontuário eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, além da carteira pré-natal. Os dados que a participante não soube informar foram conferidos no prontuário materno e neonatal. As entrevistas foram realizadas diariamente, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão definidos para esse estudo.

Foi realizado um estudo piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados com dez puérperas e foram feitos ajustes e adaptações e novamente testados, desta forma se obteve a versão final do instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi executada pelas autoras do estudo ao qual este se derivou durante o período de agosto a novembro de 2012.

4.7 Análise dos dados

Foi realizada a análise descritiva das variáveis pesquisadas, mediante o uso de medidas de tendência central e de variabilidade, com apresentação através de gráficos e tabelas.

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa denominado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”. Tal projeto foi submetido à avaliação metodológica da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovado (AnexoB). Por tratar-se de um projeto que envolve seres humanos, tal projeto foi submetido, para avaliação metodológica e ética, ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sendo aprovado de acordo com protocolo nº 66852 (Anexo C).

Desta forma, com o aval metodológico e ético, o presente estudo foi executado, conforme resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Todas as participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), em duas vias iguais, no qual constava os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 a 20 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se junto as mulheres que aceitaram participar da pesquisa que esta poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista. Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e de que o seu nome não será divulgado, além da possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos e sob responsabilidade das pesquisadoras. No caso de menores de 18 anos, o TCLE deveria ser assinado por seu responsável.

Foi apresentado à Instituição, o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados Institucionais (Anexo D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo contou com a amostra de 385 mulheres entrevistadas no período puerperal, e a seguir serão apresentados os dados obtidos, que se encontram dispostos em duas partes: caracterização da amostra e procedimentos realizados durante o trabalho de parto. Alguns dados contidos no quadro e nos gráficos possuem uma variação do número total da amostra devido a dados perdidos ou por não ser aplicável em tal situação.

5.1 Caracterização da amostra

Nos dados de caracterização da amostra serão analisadas as variáveis idade, escolaridade, situação marital, ocupação e a história obstétrica das puérperas.

Os dados apresentados no Quadro 1 mostram a distribuição das puérperas segundo a sua idade, escolaridade, ocupação e situação marital.

Observa-se que a maioria das mulheres tinha mais de 20 anos de idade (78,2%) no momento da entrevista e a idade média foi de 24,9 anos ($\pm 6,251$), idade mínima de 14 anos e máxima de 44 anos.

A adolescência é o período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, delimitado, cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde como a faixa dos 10 aos 19 anos de idade. Esta definição também é adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2006). Neste estudo 21,8% das puérperas eram adolescentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, ainda, como juventude o período que se estende dos 15 aos 24 anos, identificando adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (SÃO PAULO, 2006).

O Ministério da Saúde define como fator de risco gestacional mulheres com idade menor do que 15 e maior do que 35 anos (BRASIL, 2012a). Neste estudo 10,7% das puérperas entrevistadas encontravam-se nesta faixa etária (2,9% idade menor do que 15 anos e 7,8% maior que 35 anos).

Estudos realizados por Wei, Gualda e Santos Junior (2011), que teve como objetivo conhecer a experiência e a percepção de parturientes sobre as práticas obstétricas e o estudo de Almeida e Oliveira (2005) que teve como objetivo identificar os fatores causadores de

estresse no processo de parturição, obtiveram resultados divergentes quanto à faixa etária das participantes, variando de 22 a 41 anos e de 15 a 25 anos (76,1%), respectivamente.

Na pesquisa de Narchi *et al.* (2011) em que foi realizada a análise da amostra quanto à idade em um Centro de Parto Normal do Estado de São Paulo, os resultados demonstraram semelhança com o presente estudo: 31% das participantes apresentaram idade entre 20-24 anos, idade média de 23,1 anos (DP=5,3), variando de 14 a 43 anos.

Quanto à variável escolaridade, a maioria informou ter concluído o ensino médio correspondendo a 30,4% das entrevistadas, seguidas por aquelas com ensino fundamental incompleto (25,5%). A média de anos completos de estudo das participantes foi de 9,0 (+2,576). O estudo realizado por Wei, Gualda e Santos Junior (2011), em que a escolaridade predominante entre as participantes era o ensino fundamental incompleto. Já na pesquisa de Almeida e Oliveira (2005), o nível escolar das participantes era o ensino fundamental.

Em relação à ocupação das puérperas, 41,9% eram do lar. No estudo realizado por Almeida e Oliveira (2005) a maioria das participantes também tinha como ocupação do lar (45,2%).

No que se refere a situação marital, o presente estudo demonstrou que a maior parte das puérperas respondeu ter companheiro (90,1%). No estudo de Narchi *et al.* (2011), também a maioria das participantes relatou ter companheiro fixo (93%).

Quadro 1 - Distribuição das puérperas, segundo a idade, escolaridade e situação marital. Porto Alegre, 2012. (n=385).

Variável	N	%
Idade		
≤ 19 anos	84	21,8
≥ 20 anos	301	78,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	98	25,5
Ensino Fundamental Completo	64	16,6
Ensino Médio Incompleto	75	19,5
Ensino Médio Completo	117	30,4
Ensino Superior (In) completo	31	8,0
Ocupação*		
Do lar	158	41,9
Estudante	37	9,8
Outras ocupações	182	48,3
Situação marital**		
Com companheiro	345	90,1
Sem companheiro	38	9,9

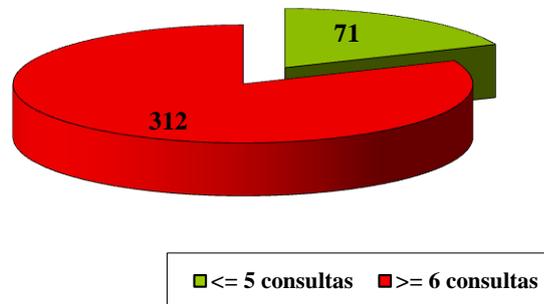
*n=377; **n=383

Os dados referentes ao número de consultas realizadas pelas puérperas durante o pré-natal estão apresentados no Gráfico 1, verifica-se que a maioria das puérperas realizou seis ou mais consultas (81,5%). A média de consultas realizadas foi de 8,03 ($\pm 3,061$).

Estes dados estão em consonância com o estudo realizado com puérperas na cidade de São Paulo (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011) que demonstra que a maioria das participantes realizou de 6 a 10 consultas de pré-natal.

Ressalta-se que em ambos os estudos, grande parte das puérperas realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). De acordo com os dados do DATASUS (BRASIL, 2010), no ano de 2010, 61,1% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natal.

Gráfico 1. Distribuição das puérperas, segundo o número de consultas pré-natal. Porto Alegre, 2012. (n=383).

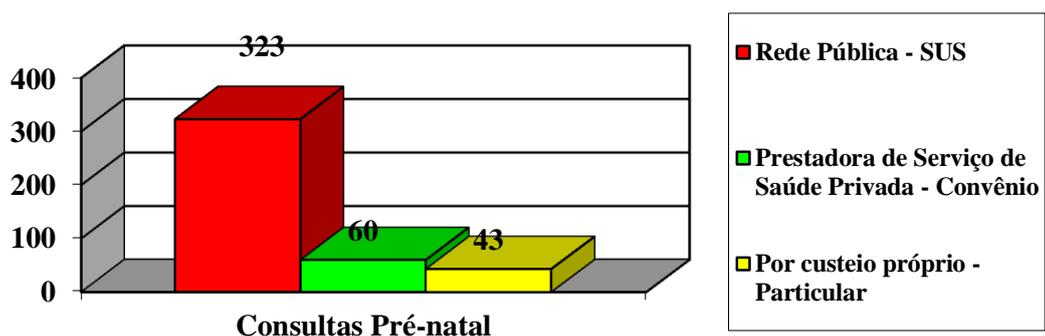


A seguir, os dados contidos no Gráfico 2 mostram a distribuição das puérperas conforme a frequência do sistema de saúde utilizados para realização do pré-natal. Ressalta-se que algumas entrevistadas referiram ter realizado seu acompanhamento gestacional em mais de uma prestadora de serviço.

Observa-se que a maioria das entrevistadas (84,3%) realizou consultas pré-natal na Rede Pública (SUS). Isso provavelmente pela característica da instituição onde foi realizado este estudo, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ser também uma Empresa Pública.

Somente 15,7% das entrevistadas realizaram seu pré-natal em Prestadora de Serviço de Saúde Privada (Convênio). Dados do DATASUS (BRASIL, 2010) apontam que 23,95% da população brasileira possuem planos privados de saúde.

Gráfico 2. Distribuição das puérperas segundo sistema de saúde que realizou pré-natal. Porto Alegre, 2012. (n=383).



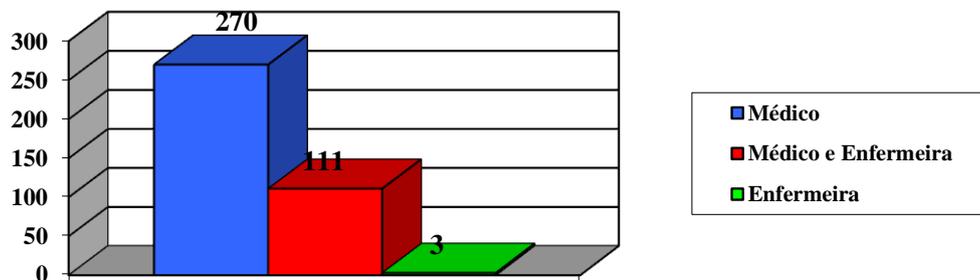
O Gráfico 3 demonstra a frequência do profissional de saúde que acompanhou as puérperas durante as consultas do pré-natal. Evidenciou-se que o médico (70,3%) foi o profissional mais mencionado no acompanhamento das consultas.

O Ministério da Saúde recomenda que o acompanhamento de pré-natal no âmbito do SUS deva ser intercalado entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2012b). No presente estudo apenas 28,9% das puérperas teve acompanhamento de ambos os profissionais.

Destaca-se a participação reduzida do enfermeiro na realização das consultas de pré-natal no presente estudo, apesar de ser um profissional qualificado para esta atividade e amparado pela Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986).

Em um estudo realizado por Barbosa, Gomes e Dias (2011) em que o objetivo foi investigar a satisfação das gestantes sobre a consulta de enfermagem pré-natal em uma unidade de saúde da família de Minas Gerais, as mulheres foram unânimes em relação a sua aprovação. Humanização, competência profissional e paciência foram destacadas pelas gestantes como fatores de qualidade nas consultas de enfermagem pré-natal.

Gráfico 3. Distribuição das puérperas segundo o profissional que a acompanhou no pré-natal. Porto Alegre, 2012. (n=384)



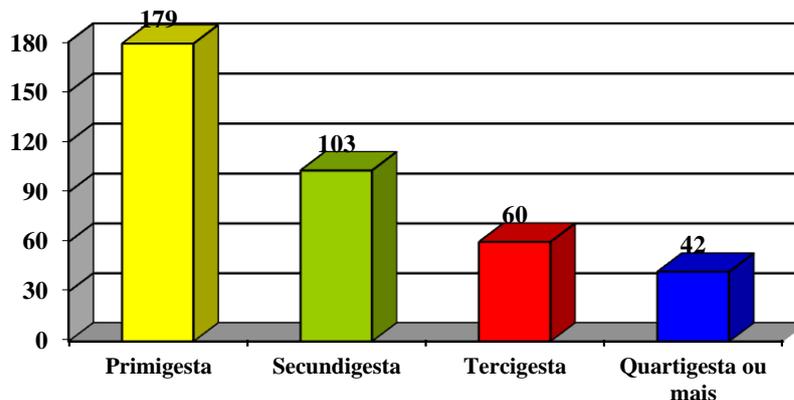
No Gráfico 4 estão ilustrados os dados obstétricos das parturientes, segundo o número de gestações. A maior parte das entrevistadas relatou ser sua primeira gestação, e estas representaram 46,6% das participantes do estudo. A média de gestações das participantes do estudo foi de 2,03 ($\pm 1,389$).

Já na pesquisa realizada por Narchi *et al.* (2011), observou-se que quase metade (49%) das participantes estava na sua primeira gestação, o que demonstra maior semelhança com o presente estudo.

Por outro lado, no estudo realizado por Almeida e Oliveira (2005), a maioria das puérperas eram secundigestas (38,1%) seguidas das primigestas (33,3%), enquanto no estudo realizado por Wei, Gualda e Santos Junior (2011), 48,6% das entrevistadas estavam na sua terceira gestação. Estes dados apontam uma divergência entre o número de gestações encontrados nessas pesquisas.

Podemos inferir que este número maior de primigestas mostra a realidade do Brasil, onde a taxa de fecundidade vem diminuindo a cada década, passando de 5,8 filhos por mulher em 1970 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000), para 1,84 filhos por mulher no ano de 2009 (BRASIL, 2011).

Gráfico 4. Distribuição das puérperas segundo o número de gestações. Porto Alegre, 2012. (n=384)



No Gráfico 5, são apresentadas informações relativas à frequência do número de partos vaginais, cesarianas e abortos obtidos por cada participante. Através deste, podemos verificar que 45% das puérperas já tiveram pelo menos um parto via vaginal.

Diferentemente do que o presente estudo demonstra, a taxa de cesáreas realizada na população brasileira em 2010 foi 52,3%, conforme os dados do DATASUS. O que está muito além do limite recomendado pela WHO (1996), que preconiza uma taxa máxima de cesáreas de 15%.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) cada gestante deve ter o conhecimento de qual o melhor tipo de parto para sua gravidez, ou seja, àquele que dê maiores condições favoráveis de saúde para mãe e seu bebê.

Cabe ressaltar que o parto vaginal além de ser natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação mais rápida por não ser um procedimento cirúrgico, também

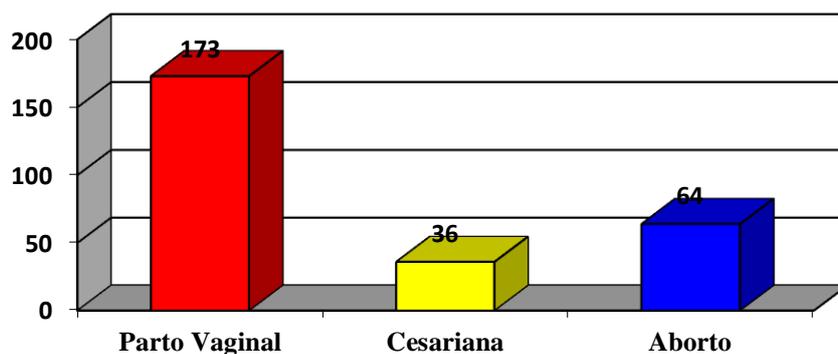
contribui para a completa maturidade do feto, pois ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, ajudando a expelir o líquido que porventura possa ficar depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios (BRASIL, 2012b).

Destacamos ainda que 16,6% das mulheres entrevistadas tiveram história de aborto, dados estes semelhantes ao demonstrado por Narchi *et al.* (2011), que correspondeu a 17% das puérperas nesta situação.

O abortamento é algo muito comum entre as mulheres. Uma em cada sete gestações clinicamente diagnosticadas será abortada, geralmente durante as primeiras 14 semanas de gravidez. Metade dos bebês abortados durante esse período tem uma anormalidade cromossômica (ENKIN *et al.*, 2005).

Os fatores que influenciam o risco de abortamento incluem idade materna acima de 35 anos, gravidez múltipla, ovários policísticos, distúrbios auto-imunes, diabetes mal controlado e dois ou mais abortamentos prévios. O abortamento precoce recorrente ocorre entre 1 e 2% dos casais (ENKIN *et al.*, 2005).

Gráfico 5. Distribuição das puérperas segundo a história obstétrica. Porto Alegre, 2012. (n=384)

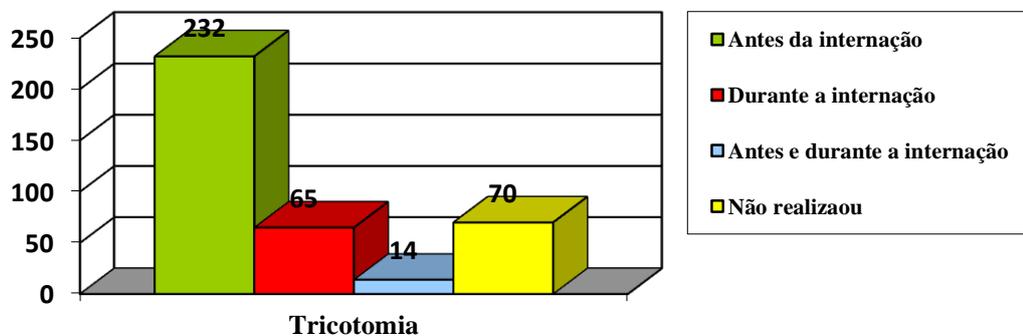


5.2 Práticas de atendimento realizadas durante o trabalho de parto

Nesta pesquisa considerou-se os procedimentos de tricotomia, enema e o número de exames de toques vaginais, além do oferecimento de dieta durante o trabalho de parto.

A primeira prática analisada foi a realização da tricotomia. Os dados contidos no Gráfico 6 mostram o número de puérperas que realizaram tricotomia durante a internação hospitalar, antes da internação, antes e durante a internação e, por fim, o número de puérperas que não realizaram tricotomia. A partir deste, podemos verificar que mais da metade das participantes do estudo (60,8%) realizaram a tricotomia antes da internação. Isto demonstra que a realização da tricotomia está muito atrelada à cultura das mulheres (D'ORSI *et al.*, 2005). Além disso, acredita-se que em muitas ocasiões as mulheres não são informadas que sua realização é desnecessária.

Gráfico 6. Distribuição das puérperas segundo a realização de tricotomia. Porto Alegre, 2012. (n=381)



A realização da tricotomia de rotina durante o trabalho de parto era muito utilizada pelos profissionais de saúde, pois acreditava-se que reduzia o risco de infecção (BUSANELLO *et al.*, 2011; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

D'ORSI *et al.* (2005) em sua pesquisa que teve como objetivo avaliar a qualidade de atenção durante o processo de trabalho de parto de acordo com as normas da Organização Mundial da Saúde, também demonstrou um alto índice de mulheres que haviam feito

tricotomia em casa, principalmente nas parturientes que tiveram seus partos em maternidades conveniadas.

No estudo realizado por McCallum e Reis (2008), que objetivou revelar o efeito das práticas culturais no parto normal em um hospital público do Brasil, a tricotomia é entendida pelas mulheres como medida de higiene e *status* social, pois permite que os profissionais distanciem-nas de estereótipos negativos associados à pobreza.

Profissionais de saúde justificam essa prática por facilitar a sutura, a higiene ou o desenvolvimento de procedimentos (BUSANELLO *et al.*, 2011; MCCALLUM; REIS, 2008; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; SODRÉ; LACERDA, 2007). E ainda pelo fato de preparar a parturiente para a possibilidade de ocorrer alguma intercorrência, como uma cesárea de urgência, ou simplesmente, pelo uso habitual da realização sem o conhecimento científico de sua necessidade, demonstrando a falta de embasamento de seu uso rotineiro influenciados pela sua formação acadêmica tradicional (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Entretanto, não há evidências científicas nem comprovações a respeito de seu benefício. A WHO classifica a prática da tricotomia de rotina como claramente prejudicial ou ineficaz devendo ser eliminada e somente realizada a pedido da mulher (WHO, 1996).

Alguns estudos realizados em maternidades no Brasil revelaram altos índices da prática rotineira de tricotomia entre pacientes atendidas tanto em hospitais públicos quanto em hospitais conveniados (BUSANELLO *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2010; D'ORSI *et al.*, 2005; PARADA; CARVALHAES, 2007; SODRÉ; LACERDA, 2007).

Já em uma pesquisa realizada no estado de São Paulo, que teve como objetivo avaliar a estrutura e o processo de assistência ao parto, observou-se que a taxa de realização de tricotomia variou entre 11,9% registrados nos prontuários e 13,8% nos partos observados (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

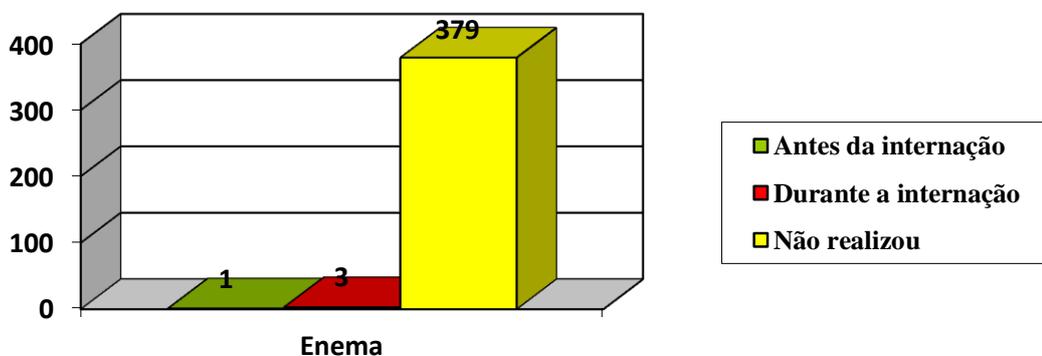
Uma revisão sistemática, realizada por Basevi e Lavender (2009), na qual foram analisados três ensaios clínicos com 1.039 mulheres, não mostrou diferença na morbidade febril materna e conclui-se que não existem evidências que recomendem sua utilização em mulheres em trabalho de parto.

A tricotomia é uma prática dispensável que causa lesão na integridade epitelial, que favorece o crescimento de bactérias, com risco de infecções, e pode provocar incômodo à mulher quando os pêlos voltam a crescer, além de, por ser um procedimento invasivo, gera um aumento da ansiedade à parturiente (BUSANELLO *et al.*, 2011; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; SODRÉ; LACERDA, 2007).

Devido às desvantagens decorrentes da utilização da tricotomia rotineira, instituições de atenção ao parto eliminaram seu uso habitual e estão utilizando um outro método denominado de tonsura, que consiste no aparamento dos pelos através da tesoura. Estudos comprovaram que os índices de infecção puerperal são menores na realização de tonsura em comparação com a tricotomia. Essa prática seria a mais apropriada para os profissionais que ainda defendem o uso da tricotomia (FOLLMANN *et al.*, 2002).

Passamos agora à segunda prática analisada que foi a realização do enema. No gráfico 7, está descrito o número de puérperas que realizou enema antes da internação, durante a internação e as que não realizaram este procedimento. Podemos verificar que em 98,9% das participantes do estudo não foi realizado enema. O desuso desta prática demonstra que a instituição está de acordo com as recomendações da WHO (1996) que a classifica, tanto quanto o uso rotineiro da tricotomia, como claramente prejudicial ou ineficaz, devendo ser eliminada.

Gráfico 7. Distribuição das puérperas segundo a realização de enema. Porto Alegre, 2012. (n=383)



Embora não existam evidências científicas suficientes que comprovem a utilização rotineira de preparações intestinais, como enemas, enteroclismas e supositórios, a recomendação para o seu uso era justificada para facilitar a descida da apresentação fetal e estimular as contrações uterinas, abreviando o tempo de trabalho de parto e reduzindo a contaminação durante o parto e, assim, diminuir o risco de infecção para a mãe e o bebê (BRASIL, 2001; ENKIN *et al.*, 2005; WHO, 1996).

Além de aumentar os custos da assistência ao parto (BRASIL, 2001), a utilização rotineira do enema causa à parturiente desconforto e constrangimento, podendo acarretar lesão intestinal, irritação retal, colite, gangrena e até choque anafilático (ENKIN *et al.*, 2005).

Por outro lado, muitas mulheres revelam ter medo de evacuar em sala de parto, submetendo-se ao procedimento mesmo que esse lhe traga incômodo. Entretanto, a não realização do enema facilita a higienização quando ocorre a eliminação de fezes no momento do parto, o que não é evidenciado após sua realização, onde as fezes são mais líquidas e de difícil remoção. Devido a diversas opiniões, cada caso deve ser analisado, respeitando a opinião e a vontade da mulher e indicando o enema apenas quando a ampola retal estiver cheia, constatada pelo toque vaginal (BRASIL, 2001; KOVAVISARACH; HABANANANDA, 2012; LOPES *et al.*, 2001; REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2008; WHO, 1996).

A pesquisa realizada por Lopes *et al.* (2001), constituída por 90 parturientes, comparou dois grupos (com e sem enteroclistma), concluiu que a realização do procedimento não diminuiu o tempo de trabalho de parto e que a contaminação fecal no primeiro e segundo períodos clínicos do parto não diferiu significativamente entre os dois grupos. Em relação à opinião das mulheres por realizar ou não o enteroclistma esta foi influenciada pelo grupo que as mesmas pertenciam. As que foram submetidas a ele, avaliaram-no como positivo; e as que não foram submetidas ao procedimento, consideraram-no negativo. Por fim, a evacuação prévia à admissão hospitalar, quando recente, diminui a frequência de contaminação fecal durante o parto.

Em estudo realizado em hospitais da China, que procurou mensurar as mudanças na prática obstétrica durante o parto vaginal e explorar as influências destas mudanças, concluiu-se que dentro de quatro anos houve uma queda no índice de realização de tricotomia e enema devido a influências internacionais, protocolos municipais, além da evidência do benefício que a não realização dessas práticas traz às parturientes sem reduzir significativamente a taxa de infecção puerperal (QIAN *et al.*, 2006).

No estudo realizado por D'Orsi *et al.* (2005) a frequência da realização do enema correspondeu a mais de um terço das participantes na maternidade conveniada, número superior ao encontrado na maternidade pública. A prescrição rotineira do enema também foi verificada no município de Londrina através de uma análise de entrevistas realizadas com profissionais de saúde de cinco instituições (SODRÉ; LACERDA, 2007). Muito diferente dessa realidade, e com maior semelhança com o presente estudo, Manzini, Borges e Parada

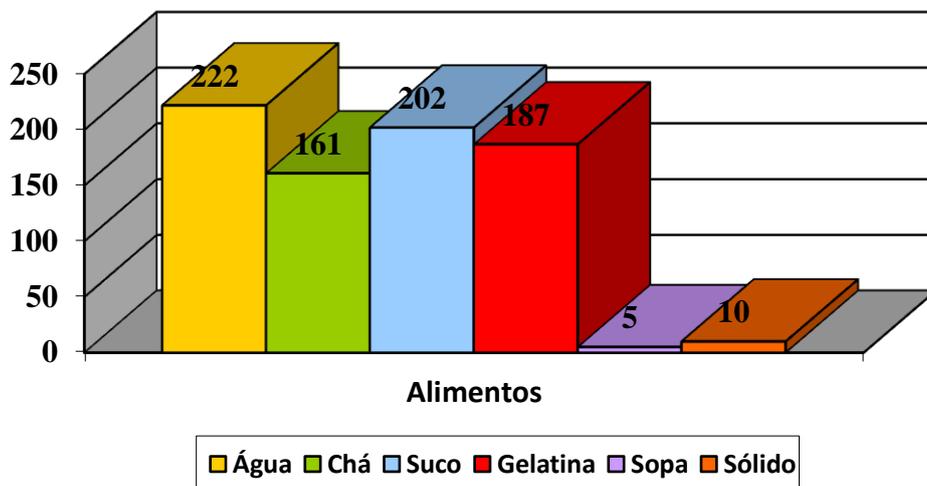
(2009), Carvalho *et al.* (2010) e Busanello *et al.* (2011) revelam em suas pesquisas que a prática de enema foi pouco utilizada nas parturientes.

A seguir, passaremos a analisar a prática do oferecimento de dieta durante o trabalho de parto, bem como os tipos de alimentos ofertados às mulheres. No Gráfico 8 mostra a frequência dos alimentos que foram oferecidos às parturientes durante o trabalho de parto. Observa-se que para mais da metade das participantes (57,8%) foi oferecido água durante a permanência no pré-parto. Os alimentos mais consumidos durante o trabalho de parto, depois da água, foram: suco (52,6%), gelatina (48,7%) e chá (41,9%).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) as gestantes de baixo risco para cesárea, na fase latente do trabalho de parto, devem ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves, sendo permitida a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros (água, suco de frutas sem polpa, chá, café, refrigerante), suspendendo a ingestão de todos os alimentos sólidos.

Ressalta-se a importância que essa recomendação seja dada durante as consultas do pré-natal com o intuito de que no momento de início do trabalho de parto até o parto as parturientes permaneçam sem ingerir alimentos sólidos. Contudo, as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos (obesas, diabéticas, etc.) ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

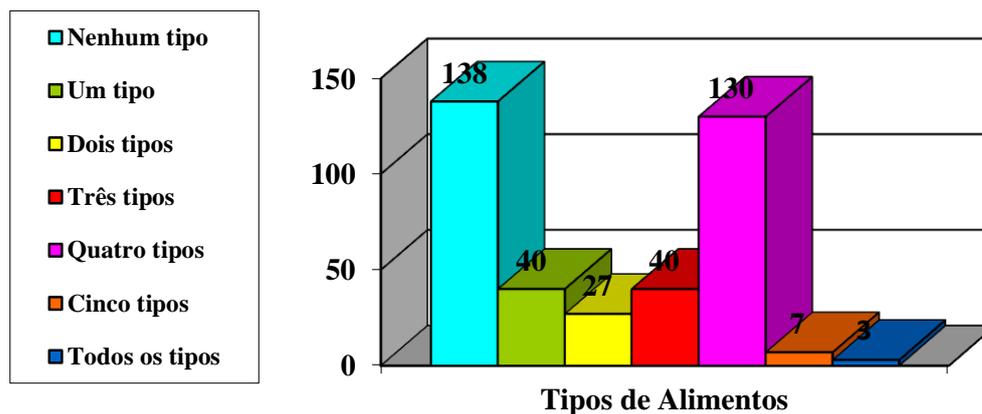
Gráfico 8. Distribuição de puérperas segundo os alimentos oferecidos durante o trabalho de parto. Porto Alegre, 2012. (n=384)



De acordo com o Gráfico 9, que evidencia a frequência dos tipos de alimentos oferecidos às puérperas do estudo durante o trabalho de parto, 35,8% das participantes permaneceram em jejum enquanto estavam em trabalho de parto, ou seja, não lhes foi oferecido nenhum tipo de alimento. Conforme as recomendações da WHO (1996) a prática do jejum é frequentemente utilizada de modo inadequado, pois sua prescrição rotineira a todas as parturientes causa maior malefício do que vantagem, devendo ser avaliada cada situação, principalmente àquelas com menor risco de complicações.

No estudo de Manzini, Borges e Parada (2009) verificou-se nos partos pesquisados que 62,1% das parturientes tinham prescrições de jejum.

Gráfico 9. Distribuição de puérperas segundo a frequência dos tipos de alimentos oferecidos durante o trabalho de parto. Porto Alegre, 2012. (n=384)



Para a maioria das parturientes, a restrição de alimentos não se torna um problema, pois muitas não desejam comer durante o trabalho de parto (WHO, 1996). Contudo, o jejum obrigatório, além de provocar uma experiência desagradável àquelas que desejam alimentar-se, pode causar progresso insatisfatório no trabalho de parto, diagnóstico de distócia e uma série de intervenções que acarretam na realização de uma cesariana (ENKIN *et al.*, 2005).

No estudo de Sodr e e Lacerda (2007), alguns profissionais justificaram a prescri o de absten o total de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto pelo risco de aspira o e também por ocasionar náuseas e v mitos devido às contra oes. Porém, alguns tiveram considera oes contrárias sobre o assunto.

Já na pesquisa de Busanello *et al.* (2011), que teve como objetivo analisar as práticas desenvolvidas   parturiente adolescente, a partir dos relatos dos trabalhadores de saúde,

evidenciou-se que aproximadamente oito em cada dez dos profissionais desconsideraram o favorecimento da alimentação e ingestão de líquidos durante a permanência das parturientes no Centro Obstétrico.

O trabalho de parto requer enormes quantidades de energia, seu esforço é comparado a uma atividade física moderada contínua (ENKIN *et al.*, 2005; WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011; WHO, 1996). Como não podemos prever sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno (WHO, 1996).

A restrição severa de ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose e essa situação é comumente tratada por uma infusão intravenosa de soluções contendo glicose. O aumento nos níveis médios de glicemia é acompanhado da elevação dos níveis maternos de insulina. Também resulta no aumento de níveis plasmáticos de glicose no bebê, e pode causar uma diminuição do pH do sangue da artéria umbilical (ENKIN *et al.*, 2005; WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011; WHO, 1996). Ao utilizar líquidos intravenosos e glicose endovenosa a fim de prevenir ou combater a cetose e a desidratação, pode se ocasionar consequências indesejáveis e graves ao bebê, como a hiponatremia, além disto restringe-se a mulher ao leito e gera-se mais intervenções desnecessárias (ENKIN *et al.*, 2005; MACEDO *et al.*, 2008; WHO, 1996). Estas complicações podem ser evitadas pela oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e pela oferta de alimentos leves (ENKIN *et al.*, 2005; WHO, 1996).

Em uma pesquisa realizada com 35 mulheres que tiveram parto vaginal em um hospital de ensino em São Paulo, constatou-se que a aceitação de algum tipo de alimentação e líquidos durante o trabalho de parto, proporcionou melhores condições físicas para fazer força durante o período expulsivo, além de não causar nenhum transtorno durante o parto (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

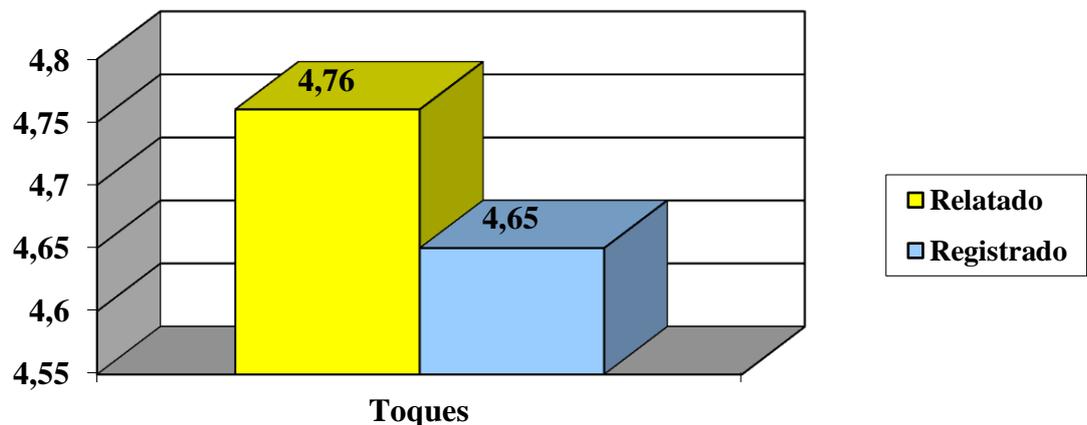
São diversas as opiniões no mundo sobre a nutrição durante o trabalho de parto e parto. Os profissionais demonstram muito receio em prescrever dietas neste momento preocupados em reduzir o volume gástrico devido ao risco de aspiração do seu conteúdo durante a anestesia geral (chamada de síndrome de Mendelson) (ENKIN *et al.*, 2005; WHO, 1996). Todavia, atualmente, é muito rara a necessidade de uma anestesia geral durante o parto, especialmente em gestantes de baixo risco (ENKIN *et al.*, 2005).

A aspiração de partículas de alimento com tamanhos suficientes para obstruir um brônquio principal ou segmentar pode resultar em colapso do tecido pulmonar. Porém, mesmo na ausência de partículas de alimento, se o conteúdo gástrico for suficientemente ácido, pode causar queimaduras químicas nas vias aéreas (ENKIN *et al.*, 2005). Restringir a ingesta de

líquidos e alimentos durante o trabalho de parto não garante um menor conteúdo estomacal. Independente do período da última refeição haverá sempre um volume gástrico remanescente de no mínimo 100 ml. A ingestão de alimentos pobres em resíduos e gordura, de líquidos de sabor agradável em pequenas quantidades e intervalos frequentes, é uma alternativa ao jejum (ENKIN *et al.*, 2005).

Por fim, passaremos para última prática analisada que foi a frequência de exames vaginais, além da percepção das mulheres e o motivo explicado a elas quanto a sua realização. O Gráfico 10 apresenta a média do número de toques vaginais conforme o relato das participantes e o número de toques registrados nos prontuários. Destaca-se que ambos os valores foram próximos, a média dos exames vaginais relatados foi de 4,76 ($\pm 2,643$) e a média de exames vaginais registrados foi de 4,65 ($\pm 1,971$).

Gráfico 10. Média do número de toques segundo relato das entrevistadas e toques registrados. Porto Alegre, 2012.



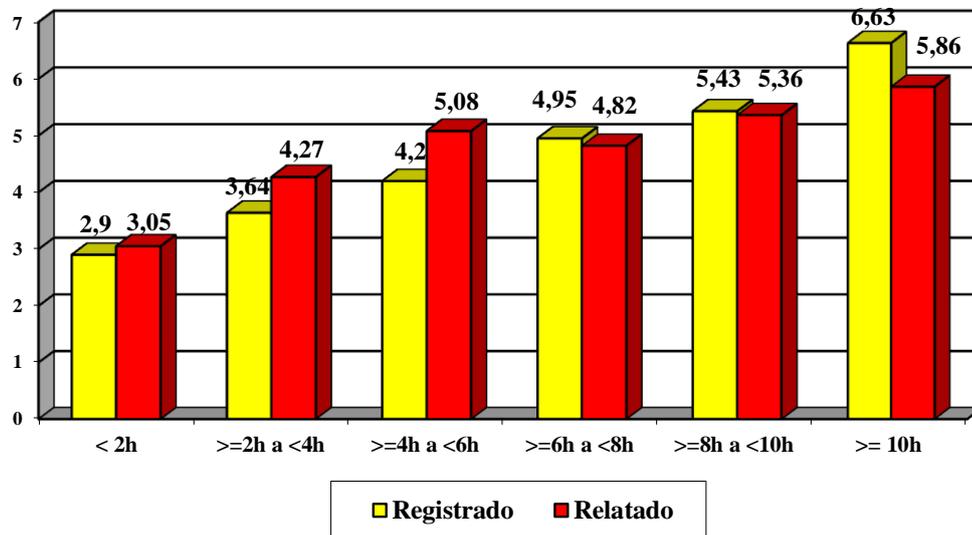
Para D' Orsi *et al.* (2005) devido ao fato do exame de toque vaginal ser considerado incômodo e doloroso pelas parturientes, pode ser lembrado com uma frequência maior do que o ocorrido.

Os dados contidos no Gráfico 11 mostram a média do número de toques registrados nos prontuários e relatados pelas puérperas segundo o tempo de trabalho de parto. Verifica-se que à medida que o tempo de trabalho de parto aumenta, a média de exames de toques registrados também aumenta.

A média de toques relatados foi maior que a média de toques registrada nas primeiras seis horas de trabalho de parto. Por tratar-se de um hospital de ensino este fato pode estar

associado ao número de toques realizados num dado momento, de um instrutor com um estudante, por exemplo, e este será anotado como evento único. Já nas horas subsequentes do trabalho de parto verifica-se uma situação inversa: a média de toques registrados maior que a relatada. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que as parturientes não conseguiram recordar exatamente o número de exames vaginais à medida que a duração do trabalho de parto torna-se prolongada.

Gráfico 11. Média do número de toques registrados e relatados segundo o tempo de trabalho de parto. Porto Alegre, 2012.



A frequência recomendada de exames vaginais a fim de avaliar o progresso da dilatação cervical varia na literatura. Segundo a WHO (2007), o número de toques vaginais deve ser restrito, realizando-se apenas quando necessário, minimizando, assim, os riscos de infecção ovular e puerperal. Um toque vaginal a cada quatro horas é o indicado pela WHO (2007) durante o primeiro estágio do parto até a dilatação completa.

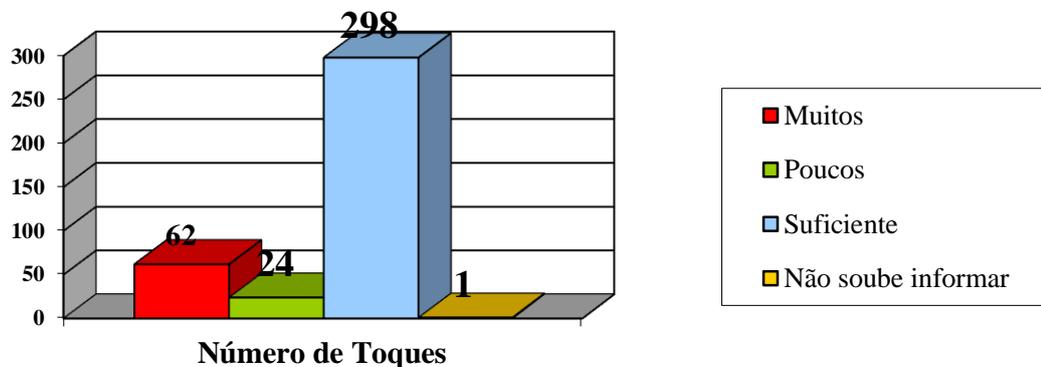
Conforme Freitas *et al.* (2001) e Martins-Costa, Ramos e Brietzke (2001) quando é constatada a fase ativa do trabalho de parto, a parturiente é admitida na instituição, e, assim, sendo examinada através de toques vaginais a cada hora nas três primeiras horas e, após, a cada duas horas.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (duas a três contrações eficientes em dez minutos e dilatação cervical mínima de três centímetros), os toques vaginais deveriam ocorrer a cada duas horas. Porém, em caso de dúvida, deve-se aguardar uma hora e realizar novo

toque. Se constatada velocidade de dilatação de 1cm/hora, em dois toques sucessivos, estaria confirmando o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto (BRASIL, 2001; ENKIN *et al.*, 2005).

No Gráfico 12 apresentam-se os dados referentes à percepção das puérperas quanto ao número de toques realizados. Por meio dele, observa-se que 77,4% das participantes responderam ser suficientes e 16,1% relatou serem excessivos.

Gráfico 12. Percepção das puérperas quanto à realização do número de exames de toques vaginais realizados. Porto Alegre, 2012.



Embora, a grande maioria das participantes ter referido suficiente o número de toques realizados durante o trabalho de parto, evidenciou-se um número elevado deste procedimento em relação às recomendações da OMS conforme registros em prontuários. Atribui-se este fato ao desconhecimento das mulheres quanto à frequência recomendada sobre a realização desta prática conforme evidências descritas.

Em pesquisa realizada nas maternidades do município do Rio de Janeiro (D'ORSI *et al.*, 2005), foi descrita uma taxa mais elevada da frequência do número de toques por hora nos partos vaginais no hospital conveniado em comparação ao hospital público e atribui esta situação ao fato desta maternidade oferecer estágio para estudantes do curso de medicina. As participantes referiram um grande incômodo pelo número excessivo de exames vaginais, além de sentirem-se expostas quanto sua realização por diferentes médicos (D'ORSI *et al.*, 2005).

Em instituições que são locais de estágios para profissionais em formação, um exame vaginal feito por um estudante por vezes deve ser repetido e verificado pelo seu supervisor com o consentimento da parturiente conforme recomendações da OMS (WHO, 1996).

A WHO (1996) ressalta, que em nenhuma condição, as mulheres devem ser forçadas a passar por exames vaginais frequentes feitos por vários prestadores de serviço ou estagiários. Antigamente, recomendava-se o exame retal, a fim de evitar a contaminação vaginal, porém por falta de comprovações científicas de seu benefício, esta prática não é mais recomendada (WHO, 1996).

Segundo Wolff e Waldow (2008), exames de toques frequentes e realizados por mais de um profissional tornaram-se práticas constantes nos centros obstétricos, dificultando a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto pela possibilidade de provocar ou intensificar edema de vulva nas parturientes, além de resultar em desconforto, caracterizando-se como violência contra à mulher.

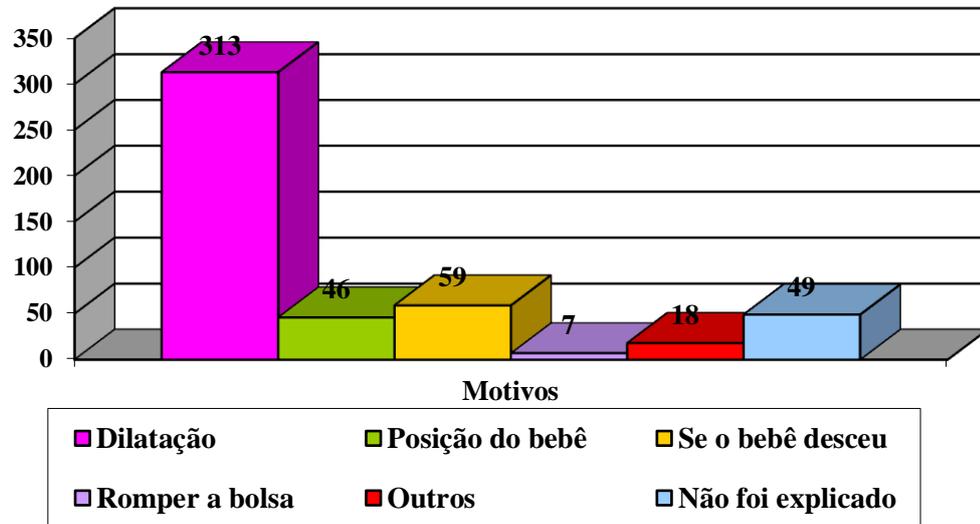
Em estudo realizado por Santos e Souza (2009) cujo objetivo foi conhecer os sentimentos em relação à realização do toque vaginal para doze parturientes em uma maternidade pública da cidade de Recife, evidenciou-se a associação dos sentimentos de medo, dor, desinformação, constrangimento e vergonha ao exame vaginal.

Na pesquisa realizada por Narchi *et al.* (2011) a dor ao exame de toque vaginal foi a sensação mais referida entre as entrevistadas (67%), seguida por incômodo (40%), e sentimentos de constrangimento (4%), desrespeito (4%), fragilidade (1%) e medo (1%). Apenas 9% das mulheres afirmaram que o exame não lhes havia provocado qualquer desconforto.

Neste contexto, Almeida e Oliveira (2005) evidenciaram que a realização do toque foi o fator que mais causou estresse (47,62%) em relação à assistência prestada em um Centro Obstétrico de Goiânia.

No Gráfico 13 estão apresentados os dados referentes à frequência das orientações dadas às puérperas pelos profissionais de saúde sobre o motivo da realização do exame de toque vaginal. Constata-se que a principal justificativa relatada pelas participantes foi verificar a dilatação cervical (81,3%), seguidas por verificar a descida do bebê (15,3%) e verificar a posição do bebê (11,9%), ressalta-se que 12,7% das parturientes não receberam qualquer tipo de orientação quanto ao motivo da realização do exame de toque vaginal.

Gráfico 13. Distribuição das puérperas conforme orientação recebida sobre o motivo da realização do exame de toque vaginal. Porto Alegre, 2012. (n=384)



No estudo de Santos e Souza (2009), observou-se que 66,6% das participantes relataram que não receberam nenhuma orientação pelo profissional quanto ao motivo em realizar o exame de toque, as demais foram pouco informadas sobre o procedimento. Também foi mencionado por uma parturiente a possibilidade do conhecimento desta prática durante as consultas do pré-natal.

O exame de toque vaginal é justifica-se, então, para avaliação do início e do progresso do trabalho de parto, pois permite analisar as alterações da cérvix, verificar o estado das membranas amnióticas e, também, reconhecer a posição e possível descida do feto (BRANDEN, 2000; WHO, 1996). Porém sua prática frequente e repetida, principalmente quando realizada por mais de um profissional de saúde, é qualificada pela WHO (1996) como uma ação habitualmente utilizada de forma inadequada.

6 CONCLUSÃO

Embora a classificação de práticas no parto normal recomendadas pela OMS existam desde o ano de 1996, observa-se que ainda não estão totalmente inseridas na prática profissional.

Em relação à caracterização da amostra os resultados apontaram que a maioria das mulheres entrevistadas tinha mais que 20 anos, Ensino Médio Completo, era do lar e tinha companheiro. Em relação à história obstétrica, a maioria realizou seis ou mais consultas pré-natal, com acompanhamento gestacional pelo SUS e com Médico. Era na sua maioria primigestas e entre as que tiveram partos anteriores, destacou-se o parto vaginal.

O estudo demonstrou que o uso rotineiro de tricotomia, da prescrição de jejum e a elevada frequência de exames de toques vaginais são práticas utilizadas na referida instituição.

Sabe-se que a tricotomia e exames de toque vaginal frequentes são prejudiciais e devem ser eliminados e realizados apenas quando necessário. Somente o enema revelou ser uma prática pouco utilizada. A restrição hídrica e alimentar ocorreu em mais da metade das participantes desse estudo, portanto realizada de forma inadequada.

A dúvida persiste em saber o real motivo que os profissionais continuam a exercer uma assistência tão intervencionista à mulher no trabalho de parto e parto. Talvez por desconhecimento, ou então, por resistência às mudanças na rotina hospitalar?

Cabe ressaltar que a equipe de enfermagem, por ter um contato mais próximo na assistência à mulher durante o processo de parturição, tem uma importante contribuição para que essas práticas sejam realizadas de forma a beneficiar à parturiente, respeitando suas individualidades e desejos.

Além do mais, o enfermeiro por desempenhar um papel fundamental dentro da equipe multiprofissional, torna-se um agente facilitador na implementação das recomendações de humanização do parto e nascimento, dispensando, assim, as práticas intervencionistas e desnecessárias de medicalização do parto e nascimento.

Por fim, só poderemos considerar um parto humanizado quando as relações entre os profissionais de saúde e as mulheres se desenvolverem de forma horizontal, com a troca de informações e com a participação das parturientes nas decisões de sua assistência, retomando sua autonomia e tornando-se protagonista no processo de parturição.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M.; OLIVEIRA, V. C.. Estresse no processo de parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 87-94, 2005.
- BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T.. Routine perineal shaving on admission in labour. **The Cochrane Collaboration**, Issue 4, 2009.
- BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population-based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **British Medical Journal**, Londres, Inglaterra, v. 324, p. 942-945, 2002.
- BRANDEN, P. S. Enfermagem materno-infantil. 2. Ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso, 2000.
- BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.icb.usp.br/etica/etica_res196.html>. Acesso em: 14 abr. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>>. Acesso em: 5 dez. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BUSANELLO, J. *et al.*. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 824-832, 2011.

CARVALHO, V. F. *et al.*. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 92-98, 2010.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos** – Novas Questões para o Campo da Saúde. São Paulo, 2003.

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

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

FOLLMANN, M. A. *et al.*. Procedimento de tonsura na gestante internada no centro obstétrico. **Mom. & Perspec. Saúde**, Porto Alegre, v.16, n.1, 2002.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v.186, n. 5, Suppl. Nature, p.160-172, mai. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Manual do recenseador PA** – 1.09. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Tabela 7** - Taxa de fecundidade total, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação 1970/2000. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias_demograficas/tabela07.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2012.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V.. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

KOVAVISARACH, M. D. E.; HABANANANDA, F. R. C. O. G.. Natural Birth. **Thai Journal of Obstetrics and Gynecology**, Thailand, v. 20, July 2012, p. 87-94.

LOPES, M. H. B. M. *et al.* O uso do enteroclisma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.6, p. 49-55, 2001.

MACEDO, P. O. *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 341-7, 2008.

MARTIS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; BRIETZKE, E. **Assistência ao trabalho de parto. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – Projeto Diretrizes.** Rio de Janeiro, 2001.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 9, n.1, p. 59-67, 2009.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P.. Users' and providers' perspectives on technological procedures for 'normal' childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. **Salud Pública de México**, Morelos, Mexico, v.50, n.1, 2008.

NARCHI, N. Z. *et al.* Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, jul./set. 2011.

PARADA, C. M. G. L; CARVALHAES, M. A. B. L.. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre o desenvolvimento humano. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 15, 2007.

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

QIAN, X. *et al.* Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals. **BMC Health Services Research**, London,. v. 6, 29, 2006.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Humanização do Parto.** São Paulo, 2002.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas durante el trabajo de parto. **La Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, v. 2, n. 4, 2008.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B.. Uma reflexão após 23 anos de recomendações da Organização Mundial da Saúde para o parto normal. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2010.

SANTOS, A. A. P. dos; SOUZA, K. R. F. de. O sentimento do toque vaginal para parturiente durante a assistência no pré-parto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 6., . Teresina, 24 a 26 de jun. 2009. Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/O%20Sentimento%20do%20Toque%20Vaginal%20para%20Parturiente%20durante%20a%20assist%C3%A2ncia%20no%20pr%C3%A9%20parto.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente.** São Paulo: SMS, 2006.

SEIBERTY, S. L. *et al.* Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 245-251, 2005.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A.. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.1, p.82-89, 2007.

WATANABE, E. K.. Evolução cronológica do conceito: duração da prenhez. In: NEME, B.. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. Cap.8.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O.. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20,n.4, p. 717-725, 2011.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** , São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth**. A guide for midwives and doctors. Geneva: Department of Reproductive Health and Research; 2007.

ANEXO A – RECOMENDAÇÕES DA OMS

A - Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas
1.1 - Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
1.2 - Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
1.3 - Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
1.4 - Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
1.5 - Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
1.6 - Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
1.7 - Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
1.8 - Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
1.9 - Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
1.10 - Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
1.11 - Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor (massagens e técnicas de relaxamento), durante o trabalho de parto.
1.12 - Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
1.13 - Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
1.14 - Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
1.17 - Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
1.18 - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
1.19 - Condições estéreis ao cortar o cordão.
1.20 - Prevenção da hipotermia do bebê.
1.21 - Prevenção da hemorragia neonatal com o uso de vitamina K.
1.22 - Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
1.23 - Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
1.24 - Alojamento conjunto.
1.25 - Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
1.26 - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
1.27 - Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

Fonte: Brasil (2001).

B - Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas
2.1 - Uso rotineiro do enema.
2.2 - Uso rotineiro da tricotomia.
2.3 - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
2.4 - Cateterização venosa profilática de rotina.
2.5 - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
2.6 - Exame retal.
2.7 - Uso de pelvimetria por raios X.
2.8 - Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
2.9 - Uso rotineiro da posição de litotomia.
2.10 - Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.11 - Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.12 - Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
2.13 - Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
2.14 - Lavagem uterina rotineira após o parto.
2.15 - Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
2.16 - Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
2.17 - Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
2.18 - Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
2.19 - Prática liberal de cesariana.
2.20 - Aspição nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais.
2.21 - Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

Fonte: Brasil (2001).

C - Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão
3.1 - Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
3.2 - Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
3.3 - Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
3.4 - Manipulação ativa do feto no momento do parto.
3.5 - Clampeamento precoce do cordão umbilical.
3.6 - Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

Fonte: Brasil (2001).

D - Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado
4.1 - Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
4.2 - Controle da dor por agentes sistêmicos.
4.3 - Controle do dor por analgesia peridural.
4.4 - Monitoramento eletrônico fetal.
4.5 - Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
4.6 - Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
4.7 - Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
4.8 - Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
4.9 - Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
4.10 - Caracterização da bexiga.
4.11 - Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
4.12 - Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
4.13 - Parto operatório.
4.14 - Exploração manual do útero após o parto.

Fonte: Brasil (2001).

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Cláudia Junqueira Armellini

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Bolsas de Pesquisa

Programa de Iniciação Científica Voluntário

Programa de Fomento à Pesquisa(auxílio)

Projeto Nº: 22387

Título: PRATICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURICAO

Projeto aprovado em 10/02/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – HCPA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Área Temática:

Pesquisador: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

Versão: 2

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 00680412.7.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66852

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação do Projeto:

Durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna até o ano 2015, meta que faz parte do 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010). Sabe-se que o país não alcançará esta meta, e pressupõe-se que o modelo intervencionista de assistência ao parto esteja diretamente relacionado a este fato.

Trata-se de um estudo transversal que pretende entrevistar 385 puérperas e coletar dados do prontuário eletrônico materno e do neonato. As entrevistas serão realizadas diariamente, após as primeiras 12 horas pós-parto.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela OMS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres do estudo quanto à idade, escolaridade, paridade, situação marital e pré-natal.
- Caracterizar os recém-nascidos quanto ao peso, idade gestacional, escore de Apgar, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.
- Verificar a frequência das intervenções e cuidados aos quais os recém-nascidos foram submetidos.
- Identificar os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto e parto.
- Verificar a frequência do uso de métodos não farmacológicos para alívio a dor pelas mulheres durante o trabalho de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto em si não apresenta riscos maiores, porém existe a possibilidade de desconforto pela entrevista em um momento tão delicado como as 12 horas após o parto.

Os possíveis benefícios seriam relacionados ao conhecimento gerado que poderia ser aplicado em futuras intervenções e beneficiar outras parturientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram adequadamente respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE foi alterado conforme solicitações do parecer anterior.

Recomendações:

Retirar o campo para nome da participante no início do TCLE, mantendo apenas no final do documento. Corrigir a informação de menores de 20 anos, o certo é menores de 18 anos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Ajustar cronograma;

Os pesquisadores apresentam o cronograma corrigido. Pendência atendida.

2) Revisar o instrumento de coleta de dados conforme comentado acima, sobretudo as questões sobre raça, ocupação e história clínica.

Os pesquisadores informam que foi excluída a questão sobre raça, entretanto foi mantido o questionamento sobre cor da pele e ocupação (em campo aberto), pois estas variáveis podem estar associadas a risco obstétrico. Pendência atendida.

3) Esclarecer termo de compromisso para uso de dados institucionais. Os pesquisadores utilizarão dados de prontuário. Esta informação consta no TCLE, sendo assim o termo de compromisso é dispensável. Pendência atendida.

4) Revisar critérios de inclusão e exclusão.

Os pesquisadores esclarecem que foi anexado no projeto como critério de inclusão, "mulheres que tiveram recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, segundo Capurro". Pendência atendida.

5) Revisar TCLE conforme comentário acima.

Pesquisadores apresentam novo TCLE. Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A versão do projeto e do TCLE aprovados correspondem aos documentos submetidos em 11/07/2012. Qualquer alteração nestes documentos devem ser encaminhados para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Projeto cadastrado no Sistema WebGPPG: 12-0150.

PORTO ALEGRE, 03 de Agosto de 2012

Assinado por:
José Roberto Goldim

ANEXO D – TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

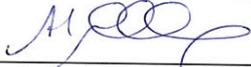
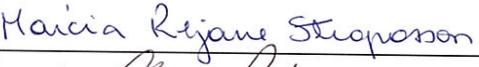
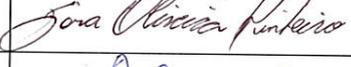
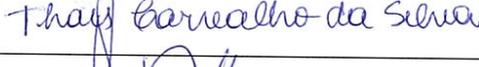
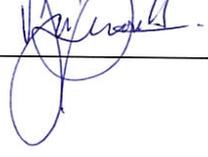
TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

Título do Projeto

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 16 de abril de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	
CLÁUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI	
HELGA GEREMIAS GOUVEIA	
KAROLINE MATURANA RITTER	
MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN	
MÁRCIA REJANE STRAPASSON	
SARA OLIVEIRA PINHEIRO	
THAIS CARVALHO DA SILVA	
VIRGINIA LEISMANN MORETO	

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Leito: _____ N° _____

Nome da puérpera: _____ Registro:

Data da entrevista: |__|__|/|__|__|/|__|__| Horário da entrevista: |__|__| horas
|__|__| minutos

Entrevistadora: _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade: _____ anos (COMPLETO)

2. Cor da pele (auto denominada):

[1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena

3. Até que série/ano (COMPLETO) você estudou:

Ensino Fundamental:

Ensino Médio:

Superior:

[1] 1º série [5] 5º série

[9] 1º série

[12] 1º ano

[2] 2º série [6] 6º série

[10] 2º série

[13] 2º ano

[3] 3º série [7] 7º série

[11] 3º série

[14] 3º ano

[4] 4º série [8] 8º série

[15] 4º ano

[16] 5º ano

4. Situação marital: [1] não tem companheiro [2] tem companheiro

5. Ocupação: _____

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 6. Categoria de internação:

[1] SUS [2] Prestadora de saúde privada (convênio) [3] Por custeio próprio (particular)

PRÉ-NATAL

História obstétrica

7. Número de gestações (CONTAR ATUAL): _____

8. Número e tipo de parto (ANTERIORES):

Parto normal: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] ____PN

Parto fórceps: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] ____ PF

Cesariana: [0] nenhum [1] uma [2] duas [3] três [] ____ cesarianas

Aborto: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] ____ abortos

Informações da gravidez atual

9. Fez Pré-natal: [1] sim [2] não* *Se não, pular para questão 16

10. Se sim, quantas consultas: _____ [77] Não se aplica [99] Não registrado

* VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E CONFIRMAR COM A PUÉRPERA.

11. Onde fez o pré-natal?

Rede pública – SUS: [1] sim [2] não

Por custeio próprio – Particular: [1] sim [2] não

Prestadora de saúde privada – Convênio: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

12. Com qual profissional fez as consultas de pré-natal?

[1] Médico [2] Enfermeira [3] Médico e Enfermeira [77] Não se aplica

13. Você recebeu algumas dessas informações durante as consultas do pré-natal?

Sinais de trabalho de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Sinais de alerta (sangramento, diminuição\ausência da movimentação fetal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Ruptura das membranas: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Métodos de alívio da dor: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Tipos de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Presença de acompanhante: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Amamentação: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

[77] Não se aplica

Outros:

14. Participou do grupo de gestantes? [1] sim [2] não* [77] Não se aplica *Se não, pular para 16

15. Se sim, você recebeu algumas dessas informações durante o grupo de gestantes?

Sinais de trabalho de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Sinais de alerta (sangramento, diminuição\ausência da movimentação fetal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Ruptura das membranas: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Métodos de alívio da dor: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Tipos de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Presença de acompanhante: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Amamentação: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

[77] Não se aplica Outros: _____

16. DUM: ___ / ___ / ___ [88] Não soube informar - **VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E CONFIRMAR**

17. 1º USG ___ / ___ / ___ IG: _____ semanas [99] Não registrado

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO OU NA CARTEIRA PRÉ-NATAL

18. Idade gestacional na data do parto: _____ dias (DUM); _____ dias (USG)
PROFESSORAS VÃO CALCULAR

19. Foi considerada gestante de alto risco: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

20. Teve algum problema de saúde na gestação atual? [1] sim [2] não [88] Não soube informar

21. Durante o pré-natal foi diagnosticado algum dos seguintes problemas?

VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E PERGUNTAR PARA TODOS OS ITENS

Ameaça de parto prematuro/TPP: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Ameaça de aborto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Amniorexe prematura (Perdeu líquido antes de entrar em TP): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Cerclagem (o colo do útero não segurava o bebê): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Descolamento prematuro de placenta: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Diabetes gestacional (açúcar alto no sangue devido à gravidez): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

HIV/AIDS: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Infecção urinária: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Oligoâmnio (Pouco líquido amniótico): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Placenta prévia - PP (baixa, PP total, parcial ou marginal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Polidrâmnio (Muito líquido amniótico): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Restrição de Crescimento Intra Uterino (Problemas no crescimento do bebê): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Sífilis: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Síndromes hipertensivas (problemas de pressão alta na gravidez): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Estreptococo B (exame vaginal/retal coletado com cotonete): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Outros: _____

22. Quando internou no Centro Obstétrico recebeu informações sobre o trabalho de parto?

[1] sim [2] não

23. E sobre coisas que você pode fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê?

[1] sim [2] não* * Se não, pular para 25

24. Se sim, quais? **LER TODOS OS ITENS**

Andar: [1] sim [2] não

Tomar banho: [1] sim [2] não

Fazer força: [1] sim [2] não

Formas de diminuir a dor: [1] sim [2] não

Exercícios de respiração: [1] sim [2] não

Outros. Especificar: _____

[77] Não se aplica

TRABALHO DE PARTO

• DADOS DA NOTA DE ADMISSÃO:

ATENÇÃO! VERIFICAR NO PRONTUÁRIO, não perguntar para a puérpera!

25. Data da admissão: ___ / ___ / ___

26. Horário da admissão: |___|___| horas |___|___| minutos [99] Não registrado

27. Dilatação: _____ cm [99] Não registrado

28. Características do colo:

[1] grosso [2] médio [3] fino [99] Não registrado Outro: _____

29. Bolsa das águas:

[1] Íntegra [2] Rota [99] Não registrado* *Se não registrado, pular para questão 33

30. Se bolsa rota, qual a característica do líquido amniótico:

[1] Claro [2] Claro com grumos [3] Esverdeado [4]
Amarronzado

[5] Sanguinolento [6] Amarelado [7] Purulento

[77] Não se aplica [99] Não registrado

31. Se bolsa íntegra, foi realizado amnioscopia:

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica [99] Não registrado*

*Se não ou não registrado, pular para questão 33

32. Se sim, característica do líquido amniótico:

[1] Claro [2] Claro com grumos [3] Esverdeado [4]
Amarronzado

[5] Sanguinolento [6] Amarelado [7] Purulento

[77] Não se aplica [99] Não registrado

33. Dinâmica uterina: ___/10 minutos [99] Não registrado

34. BCF: _____ bpm [99] Não registrado

35. **QUESTÃO EXCLUÍDA**

36. **QUESTÃO EXCLUÍDA**

- **INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE PARTO-** quando gestante na sala de pré-parto

37. Realizou raspagem dos pelos/depilação:

[1] sim [2] não* *Se não, pular para questão 39

38. Se sim:

[1] antes da internação (casa ou no instituto de beleza)

[2] hospital [77] Não se aplica

39. Realizou lavagem intestinal?

[1] sim [2] não* *Se não, pular para questão 41

40. Se sim, onde fez? [1] em casa [2] no hospital [77] Não se aplica

41. Durante o trabalho de parto foi **OFERECIDO**:

Água: [1] sim [2] não

Chá: [1] sim [2] não

Sucos: [1] sim [2] não

Gelatina: [1] sim [2] não

Sopas: [1] sim [2] não

Alimento sólido: [1] sim [2] não

Outros:

42. Enquanto estava no pré-parto romperam sua bolsa das águas (amniotomia)?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica* (**INTERNOU COM BOLSA ROTA**)

*Se não ou não se aplica, pular para questão 46

43. Informaram a você que iriam romper sua bolsa?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

44. Se sim, foi informada quanto ao motivo deste procedimento?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

45. Foi informada qual era a cor do líquido?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 46. Foi administrado algum medicamento durante o trabalho de parto?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica *Se não, pular para questão 49

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 47. Se sim, qual medicamento?

Medicamento 1: _____ [77] Não se aplica

Medicamento 2: _____ [77] Não se aplica

Medicamento 3: _____ [77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 48. Qual via de administração?

Medicamento 1: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV[1] sim [2] não [77] Não se aplica

Medicamento 2: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV[1] sim [2] não [77] Não se aplica

Medicamento 3: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV[1] sim [2] não [77] Não se aplica

49. No pré-parto foi puncionada sua veia (acesso venoso)? [1] sim [2] não

50. No pré-parto recebeu soro? [1] sim [2] não* [88] Não soube informar*

*Se não ou não soube informar, pular para questão 53

51. Explicaram a você o motivo de terem colocado soro?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica* *Se não ou não se aplica, pular para questão 53

52. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Para aumentar as contrações: [1] sim [2] não

Para administrar remédio para dor: [1] sim [2] não

Para hidratar: [1] sim [2] não

Outros:

[77] Não se aplica

[88] Não soube informar

53. No pré-parto, foi colocada alguma medicação em sua vagina?

[1] sim [2] não* [88] Não soube informar*

*Se não ou não soube informar, pular para questão 56

54. Explicaram a você o motivo de terem colocado a medicação em sua vagina?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica* *Se não ou não se aplica, pular para questão 56

55. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Para induzir/acelerar o parto [1] sim [2] não

Outro: _____ [77] Não se aplica

56. Durante a permanência na sala de pré-parto, você recebeu medicação para o alívio da dor?

[1] sim [2] não* [88] Não soube informar *Se não, pular para 58

57. Se sim, como foi aplicada essa medicação para dor?

[1] na veia [2] nas costas [77] Não se aplica

Outro:

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO – FICHA DE ANESTESIA 58. Durante o trabalho de parto recebeu analgesia/anestesia?

[1] Via sistêmica [2] Peridural [3] Raquianestesia [4] Combinada

[99] Não registrado* *Se não registrado, pular para questão 60

59. Se realizado analgesia/anestesia durante o trabalho de parto, explicaram a você o motivo?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

60. Durante o trabalho de parto perguntaram se você queria receber medicação para alívio da dor (analgesia/anestesia)?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

61. Enquanto esteve em trabalho de parto, foi realizado exames de toque vaginal:

[1] sim [2] não* *Se não, pular para 67

62. Se sim, quantos? _____ [77] Não se aplica [88] Não soube informar o número exato de toques

63. Na sua percepção:

[1] Poucos exames de toque [2] Muitos exames de toque [3] O suficiente

[77] Não se aplica [88] Não soube informar

64. Explicaram a você o motivo de realizar o exame de toque vaginal? [1] sim [2] não* [77] Não se aplica *Se não, pular para 66

65. Se sim, qual foi o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Verificar dilatação: [1] sim [2] não

Verificar a posição do bebê: [1] sim [2] não

Verificar se o bebê desceu: [1] sim [2] não

Para romper a bolsa: [1] sim [2] não

Outros: _____ [77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO – INCLUIR O TOQUE VAGINAL DA ADMISSÃO OBSTÉTRICA 66.

Número de toque vaginal registrado: _____ [77] Não se aplica

67. Na sala de pré-parto, utilizou algum dos seguintes métodos? **EXPLICAR CADA MÉTODO**

Banho: [1] sim [2] não

Banqueta: [1] sim [2] não

Bola: [1] sim [2] não

Cavalinho: [1] sim [2] não

Massagem: [1] sim [2] não

Movimento de balanço do quadril: [1] sim [2] não

Outro. Qual: _____

68. Você sabe o motivo de ter utilizado estes métodos? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Para o alívio da dor [1] sim [2] não

Para o bebê descer mais rápido [1] sim [2] não

Relaxamento [1] sim [2] não

Outros: _____

[77] Não se aplica [88] Não soube informar

69. Se realizado massagem, quem fez? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UMA PESSOA**

Companheiro/esposo: [1] sim [2] não

Mãe: [1] sim [2] não

Sogra: [1] sim [2] não

Irmã: [1] sim [2] não

Prima: [1] sim [2] não

Cunhada: [1] sim [2] não

Amiga: [1] sim [2] não

Avó: [1] sim [2] não

Equipe de Enfermagem: [1] sim [2] não

Equipe Médica: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

70. Durante o trabalho de parto você caminhou ou ficou fora da cama?

[1] sim* [2] não *Se sim, pular para questão 72

71. Se não, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Sabia que podia, mas não quis

[2] Não sabia que podia

[3] Não foi permitido

[4] Não consegui, pois estava com soro

[5] Não consegui, pois estava com MAP

[77] Não se aplica

Outro: _____

72. Durante o trabalho de parto teve acompanhante de sua livre escolha?

[1] sim [2] não* *Se não, pular para questão 74

73. Se sim quem? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UM ACOMPANHANTE**

Companheiro/esposo: [1] sim [2] não

Mãe: [1] sim [2] não

Sogra: [1] sim [2] não

Irmã: [1] sim [2] não

Prima: [1] sim [2] não

Cunhada: [1] sim [2] não

Amiga: [1] sim [2] não

Avó: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

74. Durante o trabalho de parto você realizou MAP/Cardiotocografia? (**EXPLICAR O QUE É EXAME**)

[1] sim, em alguns momentos

[2] sim, durante todo trabalho de parto

[3] não*

[4] sim, quase todo tempo/por muito tempo *Se não, pular para questão 77

75. Explicaram a você o motivo de terem realizado MAP/Cardiotocografia? [1] sim [2] não*
[77] Não se aplica* *Se não ou não se aplica, pular para questão 77

76. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Avaliar/monitorar o bebê: [1] sim [2] não

Avaliar as contrações: [1] sim [2] não

Outros: _____ [77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 77. Foi preenchido o partograma? [1] sim [2] não

PARTO

78. Teve acompanhante no parto: [1] sim [2] não**Se não, pular para questão 80

79. Se sim, quem? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UM ACOMPANHANTE**

Companheiro/esposo: [1] sim [2] não

Mãe: [1] sim [2] não

Sogra: [1] sim [2] não

Irmã: [1] sim [2] não

Prima: [1] sim [2] não

Cunhada: [1] sim [2] não

Amiga: [1] sim [2] não

Avó: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 80. Tipo de parto:

[1] normal [2] cesárea* [3] fórceps *Se cesárea, pular para questão 82

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 81. Em caso de parto normal ou fórceps - Condições do períneo:

Íntegro: [1] sim [2] não

Episiorrafia: [1] sim [2] não

Laceração ____ grau com sutura: [1] sim [2] não **ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO**

Laceração ____ grau sem sutura: [1] sim [2] não **ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO**

[77] Não se aplica

82. Foi lhe explicado o motivo de você ter tido cesariana?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica *Se não, pular para questão 85 ou 87

83. Se sim, qual foi o motivo? _____

[77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 84. Qual foi a indicação?

[1] Sofrimento fetal/Condição fetal não tranquilizadora

[2] Desproporção cefalo-pélvica

[3] Distócia funcional

[77] Não se aplica

Outros: _____

85. Foi lhe explicado o motivo de você ter sido submetida a um parto com fórceps?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica Se não, pular para questão 87

86. Se sim, qual o motivo? _____

[77] Não se aplica

87. Local de parto:

Sala de pré-parto: [1] sim [2] não

Sala de parto/cesárea: [1] sim [2] não

PERGUNTAR NOS CASOS DE PARTO VAGINAL (NORMAL/FÓRCEPS) 88. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? EXPLICAR E NÃO LER AS OPÇÕES

- [1] Não rompeu, não cortou e não deu pontos
- [2] Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos
- [3] Não levei pontos, mas não sei se rompeu
- [4] Rompeu (laceração) e deram pontos
- [5] Cortaram (episiorrafia) e deram pontos*
- [6] Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou
- [77] Não se aplica
- [88] Não soube informar

89. *Foi informada que seria realizado o corte/episiorrafia?

- [1] sim [2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar * Se não pular para 92

90. Foi lhe explicado o motivo de terem realizado o corte/episiorrafia?

- [1] sim [2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar

*Se não ou não soube informar, pular para 92

91. Se sim, qual foi o motivo?

-
- [77] Não se aplica

92. Se realizado corte/episiotomia, foi feita anestesia antes do corte?

- [1] sim [2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar *Se não, pular para 94

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 93. Se sim, qual anestesia recebeu?

- [1] Anestesia local/infiltrativa [2] Peridural [3] Raquidiana [77] Não se aplica [88] Não registrado

94. Qual foi a sua posição no parto (normal/fórceps): **EXPLICAR E NÃO LER AS OPÇÕES**

- [1] Cabeceira elevada com pés apoiados (sem perneiras)
- [2] Ginecológica – cabeceira na horizontal com pés apoiados na perneira
- [3] Ginecológica – cabeceira elevada com pés apoiados na perneira
- [4] Deitada de costas com as pernas levantadas

[5] Deitada de lado

[6] Sentada

[7] De quatro

[8] De cócoras

[9] De pé

[77] Não se aplica

Outra posição: _____

PERGUNTAR QUESTÕES 95, 96 E 97, SOMENTE EM CASO DE PARTO NORMAL

95. Perguntaram-lhe em qual posição você gostaria de ficar para ganhar o bebê?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

96. Você tinha pensado em qual posição gostaria de ganhar o bebê?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica *Se não, pular para 98

97. Se sim, qual posição? **NÃO LER AS OPÇÕES**

[1] Cabeceira elevada com pés apoiados (sem perneiras)

[2] Ginecológica – cabeceira na horizontal

[3] Ginecológica – cabeceira elevada

[4] Deitada de costas com as pernas levantadas

[5] Deitada de lado

[6] Sentada

[7] De quatro

[8] De cócoras

[9] De pé

[77] Não se aplica

Outra posição: _____

98. Na hora do parto, alguém apertou/ subiu na sua barriga na hora do nascimento (Manobra de Kristeller)? **PERGUNTAR PARA TODAS INDEPENDENTE DO TIPO DE PARTO**

[1] sim [2] não* [88] Não soube informar* *Se não, pular para questão 101

99. Foi informada sobre o motivo deste procedimento (Manobra de Kristeller)?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar *Se não, pular para questão 101

100. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Para ajudar o bebê nascer [1] sim [2] não

Não tinha mais força [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

Outros: _____

101. Após o nascimento (ainda na sala de parto) e **antes de serem prestados os primeiros cuidados com o bebê** (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), o profissional: **LER AS ALTERNATIVAS**

[1] Não mostrou o bebê*

[2] Apenas lhe mostrou o bebê*

[3] Colocou o bebê no colo sobre a sua roupa**

[4] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele**

**Se colocou o bebê no colo, pular para 104

102. *Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo? [1] sim [2] não* [77] Não se aplica

*Se não, pular para questão 104

103. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não

Eu não estava bem: [1] sim [2] não

Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

Outros: _____

****Se o bebê não foi para o seu colo, após responder 102 e 103, pular para 106.**

A PERGUNTA A SEGUIR NÃO DEVERÁ SER FEITA PARA MÃES COM AMAMENTAÇÃO CONTRA-INDICADA

104. Após o nascimento (ainda na sala de parto) e **antes de serem prestados os cuidados com o bebê** (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), o profissional:

[1] Estimulou o bebê para mamar, mas ele não sugou*

[2] Estimulou o bebê para mamar e ele sugou*

[3] Não estimulou a amamentação**

[77] Não se aplica * Se estimulado amamentação, pular para 106

105.** Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê não nasceu bem [2] Bebê encaminhado para UNEO

[3] Eu não estava bem [77] Não se aplica [88] Não soube informar

Outros: _____

106. **Após os primeiros cuidados com o bebê**, ainda na sala de parto/cesárea, o profissional:

[1] Não mostrou o bebê**

[2] Apenas lhe mostrou o bebê**

[3] Colocou o bebê no colo sobre a sua roupa*

[4] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele*

[77] Não se aplica *Se o bebê foi colocado no seu colo, pular para 108

107. **Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não

Eu não estava bem: [1] sim [2] não

Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não

Outros: _____

[77] Não se aplica [88] Não soube informar

****Se o bebê não foi para o seu colo, após responder 107 pular para 110.**

A pergunta a seguir não deverá ser feita para mães com amamentação contra-indicada

108. **Após os primeiros cuidados com o bebê**, ainda na sala de parto/cesárea, o profissional:

[1] Estimulou o bebê para mamar mas ele não sugou*

[2] Estimulou o bebê para mamar e ele sugou*

[3] Não estimulou a amamentação

[77] Não se aplica *Se estimulado para mamar, pular para 110

109. Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê não estava bem [2] Bebê encaminhado para UNEO

[3] Eu não estava bem

[77] Não se aplica

[88] Não soube informar

Outros: _____

DADOS DO RECÉM-NASCIDO (VERIFICAR NO PRONTUÁRIO)

110. Data do nascimento: ___ / ___ / ___

111. Horário do nascimento: |__| |__| horas |__| |__| minutos

112. Peso ao nascer: _____ gramas [99] Não registrado

113. Idade gestacional (Capurro calculado pela **Enfermeira**): _____ semanas [99]
Não Registrado114. Classificação do Capurro realizado pela **Enfermeira**: [1] AIG [2] PIG [3] GIG [99]
Não registrado

115. Apgar: ___ 1º minuto ___ 5º minuto [99] Não registrado

116. Credeização: [1] sim [2] não* [99] Não registrado* *Se não ou não registrado, pular
para questão 119117. Qual horário foi realizado a credeização? |__| |__| horas |__| |__| minutos [99] Não
registrado

118. Credeização realizada:

[1] Durante a 1º hora de vida

[2] Após 1º hora de vida

119. Foi realizada aspiração vias aéreas superiores na sala de reanimação? [1] sim [2] não
[99] Não registrado

120. Clampeamento do cordão:

[1] Imediato do cordão (10 a 15 segundos após o nascimento)

[2] Tardio (3 min. após o nascimento)

[99] Não registrado

121. Foi realizado aspirado/lavado gástrico? [1] sim [2] não [99] Não registrado

*Se não ou não registrado, pular para questão 123

122. Se sim, qual o motivo? [1] Líquido meconial [2] Náusea/vômito [77] Não se aplica
Outro: _____**SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO**

123. Ficou com o bebê [1] sim* [2] não *Se sim, pular para questão 125 ** se não, pular para 127

124. Se não, qual o motivo: _____ [77] Não se
aplica

NÃO PERGUNTAR PARA MÃES COM AMAMENTAÇÃO CONTRA-INDICADA 125. Bebê mamou no seio? [1] sim* [2] não *Se sim, pular para questão 127 [77] Não se aplica

126. Se não, qual o motivo: _____ [77] Não se aplica

127. Ficou com acompanhante? [1] sim* [2] não *Se sim, pular para questão 129

128. Se não, qual o motivo: _____ [77] Não se aplica

OBS: certificar se acompanhante não ficou porque não quis ou porque não foi permitido.

129. Acompanhante estava presente nos primeiros cuidados do bebê (banho, vacinação – admissão do RN)?

[1] sim* [2] não *Se sim, pular para 131

130. Se não, qual o motivo: _____ [77] Não se aplica

131. Algum **profissional** forneceu-lhe as seguintes informações sobre o bebê (**profissional – mãe**):

Peso: [1] sim [2] não

Estatura: [1] sim [2] não

Apgar: [1] sim [2] não
não

Condições de nascimento: [1] sim [2] não

Motivo de ser encaminhado para NEO: [1] sim [2] não [77] Não se aplica

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, de responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo pretende conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição neste hospital comparando-as com as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e ao bebê, e não envolve procedimentos invasivos que possa oferecer riscos à sua saúde física, a não ser a aplicação de um questionário, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista ou devido alguma pergunta realizada.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, no trabalho de parto e no parto, e consultar algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

Em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Profa Cláudia Junqueira Armellini pelo telefone (51) 3308-5428, email: claudiaj@enf.ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras: Annelise de Carvalho Gonçalves, Helga Geremias Gouveia, Márcia Rejane Strapasson e Virginia Leismann Moretto – Telefone: (51) 3308-5426.

Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8304.

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

Nome da entrevistada: _____

Assinatura da entrevistada: _____

Nome do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Assinatura do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Nome do pesquisador (entrevistador): _____

Assinatura do pesquisador (entrevistador): _____

Porto Alegre, _____ / _____ / _____