

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA PAULA PAZ ALVES ARBOÉS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PARTO HUMANIZADO DO
DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA
2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA PAULA PAZ ALVES ARBOÉS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PARTO HUMANIZADO DISTRITO
FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Maurício Gomes Pereira
Coorientador: Marcus Tolentino Silva

BRASÍLIA
2015

ANA PAULA PAZ ALVES ARBOÉS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PARTO HUMANIZADO NO
DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 04 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Maurício Gomes Pereira – Presidente
Universidade de Brasília

Miriam da Silva Wanderley
Universidade de Brasília

Dirce Bellezi Guilhem
Universidade de Brasília

Pedro Sadi Monteiro
Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho ao meu pai.
De todas as coisas que me ensinou a mais importante
foi empenhar amor em tudo o que fazemos.
Dessa forma podemos ser plenamente felizes.
E essa felicidade contagia.*

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que se permitiram ser estudadas.

Ao Hospital Regional do Paranoá, serviço de saúde que me acolheu há 7 anos e foi objeto de estudo deste trabalho, na pessoa de seu ex-coordenador de saúde Dr. Rommel Madruga Lima Costa, do coordenador de saúde Dr. Eduardo Franklin de Medeiros e demais servidores e funcionários.

Ao meu orientador Dr. Maurício Gomes Pereira, exemplo de profissional a ser seguido.

À Ana Claudia Godoy pela disponibilidade em me ensinar a usar as ferramentas necessárias a este trabalho e por me conduzir neste processo como uma generosa veterana, assim como aos demais membros do Laboratório de Saúde Baseada em Evidências e Comunicação Científica.

Aos amigos e familiares que entenderam minha ausência e me apoiaram neste desafio.

À minha irmã Caroline pelas horas de cuidados dedicados a minha filha para que eu pudesse estudar, pelas inúmeras consultorias e, principalmente, pela amizade que me acompanha há tantos anos.

À minha sogra Ivete pela disponibilidade em me ajudar e minimizar a minha ausência.

À minha mãe por acreditar em mim mesmo quando eu não acreditava, por seu amor incondicional e seu precioso exemplo de força e determinação no qual pauto minha existência.

À minha filha, Manuela, por me fazer melhor a cada dia, por me dar forças e razão para seguir minha caminhada.

Ao meu esposo, José Carlos, pela ajuda, companheirismo, compreensão, incentivo e amor.

A Deus pelo dom da vida e por mais essa oportunidade.

“Porque assim como em um corpo temos muitos membros, e nem todos os membros têm a mesma operação, assim nós, que somos muitos, somos um só corpo em Cristo, mas individualmente somos membros uns dos outros”

Romanos 12:4-5

*“Para uma assistência adequada à gestante,
o mais importante é seguir o princípio básico da obstetrícia:
obstare, que significa estar ao lado.”*

(Tanaka)

RESUMO

Introdução: O parto constitui experiência singular e relevante na vida da mulher e a atenção prestada pelo serviço de saúde nesse momento deve ser humanizada, ou seja, deve direcionar toda atenção às necessidades do binômio mãe-filho.

Objetivo: Estimar a prevalência e investigar os fatores associados a quatro indicadores de humanização do parto em um hospital público no Distrito Federal em 2015.

Método: Trata-se de um estudo transversal analítico realizado com 110 puérperas assistidas no Hospital Regional do Paranoá. Os dados foram coletados por meio de entrevistas a partir de questionário. A análise dos dados consistiu na distribuição das variáveis de acordo com quatro indicadores de humanização do parto recomendados pelo Ministério da Saúde. Foi realizada a regressão de Poisson com variância robusta no software Stata 11.2.

Resultados: Parte substancial das mulheres estava com o acompanhante durante o parto (49,1%), a maioria teve contato imediato com os filhos após o nascimento (54,6%) e recebeu informações satisfatórias sobre a assistência prestada no momento do parto (70,9%). Amamentar nos primeiros 30 minutos de vida foi o desfecho menos frequente (34,6%). O local de residência, o local de acompanhamento pré-natal, a posição de litotomia, a técnica de Valsalva, a realização de manobras e limpeza no canal de parto, a revisão uterina e toque retal foram associados estatisticamente aos indicadores de humanização do parto.

Conclusão: Há evidências da realização de condutas que viabilizam a humanização do parto no serviço de saúde investigado, fato que indica o avanço na prática das recomendações da política de humanização do parto e nascimento, apesar de ainda em estágio de implementação.

Palavras-chave: parto humanizado, humanização da assistência, assistência perinatal, sistema único de saúde, indicadores de qualidade em assistência em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is a unique and relevant experience in women's lives, and health units should provide a humanized care, ie they should direct all attention to the needs of both mom and child.

Objective: To estimate the prevalence and to investigate the associated factors with four childbirth humanization indicators in a public hospital in the Federal District in 2015.

Methodology: This is an analytical cross-sectional study conducted with 110 mothers assisted in the Hospital Regional do Paranoá. Data were collected through interviews using a questionnaire. Data analysis consisted of relating the variables to the four childbirth humanization indicators recommended by the Ministry of Health. Poisson regression with robust variance was performed using the software Stata 11.2.

Results: A substantial portion of women was accompanied during labor (49.1%), the majority of them had immediate contact with their children after birth (54.6%) and received satisfactory information about support provided at labor (70.9%). Breastfeeding in the first 30 minutes of life was the least frequent outcome (34.6%). The place of residence, place of prenatal care, the lithotomy position, Valsalva technique, conducting maneuvers and cleaning the birth canal, examination of the uterus and the digital rectal exam were statistically associated with the childbirth humanization indicators.

Findings: Certain procedures contributing to childbirth humanization were found in the investigated health unit, which indicate progress towards the recommended procedures set forth by the childbirth humanization policy, while it still in the implementation stage.

Keywords: humanizing delivery, humanization of assistance, perinatal care, unified health system, quality indicators in health care

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência dos indicadores de humanização do parto

Tabela 2 – Análise multivariada das características maternas associadas à presença de acompanhante durante trabalho de parto e parto em um hospital público do Distrito Federal em 2015

Tabela 3 – Análise multivariada das características maternas associadas à prática da amamentação nos primeiros 30 minutos de vida do recém-nascido em um hospital público do Distrito Federal em 2015

Tabela 4 – Análise multivariada das características maternas associadas as informações fornecidas antes e durante parto e trabalho de parto em um hospital público do Distrito Federal em 2015

Tabela 5 – Análise multivariada das características maternas associadas ao contato pele a pele entre a mãe e recém-nascido imediatamente após o parto em um hospital público do Distrito Federal em 2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IC 95% – Intervalo de confiança de 95%

RP – Razão de prevalências

SPSS – Stistical Package for the Social Sciences

STATA – Data Analysis and Statistical Software

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO.....	13
3 MÉTODOS	13
3.1 Delineamento e contexto.....	13
3.2 Critérios de elegibilidade	14
3.3 Amostra	14
3.4 Coleta de dados	14
3.5 Definição de variáveis.....	15
3.5.1 Desfechos.....	15
3.5.2 Variáveis.....	15
3.6 Métodos estatísticos.....	16
3.7 Aspectos éticos.....	16
4 RESULTADOS	17
4.1 Participantes e suas características	17
4.2 Prevalência dos indicadores de humanização do parto	17
4.3 Fatores associados aos indicadores de humanização do parto	17
5 DISCUSSÃO	18
5.1 Síntese dos resultados	18
5.2 Interpretação dos resultados	19
5.3 Fortalezas e limitações.....	22
6 CONCLUSÃO.....	23
7 TABELAS	24
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE A	
APÊNDICE B	
ANEXO A	
ANEXO B	

1 INTRODUÇÃO

O parto constitui experiência singular e relevante na vida da mulher (1,2) e a atenção prestada pelo serviço de saúde nesse momento deve ser humanizada, ou seja, deve direcionar toda atenção às necessidades do binômio materno-infantil (3,4). Sabe-se que a humanização do cuidado consiste na melhoria do acesso, na cobertura e na qualidade dos serviços de saúde durante o acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania (5,6).

A humanização do parto tem sido definida como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto, considerando a fisiologia deste momento, proporcionando o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para permanecerem ao seu lado (7-9). Também faz parte deste procedimento respeitar os desejos da mulher e o seu plano de parto, vivenciando os acontecimentos em sua plenitude. Além disso, deve propiciar o conhecimento e promover autonomia de modo que a parturiente seja a protagonista do parto (10).

Em diversos segmentos da sociedade, o modelo vigente também conhecido como modelo tecnocrático de atenção ao parto é questionado (7). Entenda-se esse modelo tradicional de assistência ao parto por aquele que faz uso rotineiro e desnecessário de intervenções e que altera o curso fisiológico do parto tornando-o institucionalizado e centralizado no profissional (8, 11). A assistência ao parto é amplamente discutida na literatura desde muito, cuja principal preocupação é o uso rotineiro e desnecessário de intervenções que alteram o curso fisiológico do parto (2, 4).

Em apenas 5% dos partos ocorridos no Brasil há avaliação correta da necessidade de intervenções durante o trabalho de parto (12). A realização desnecessária dessas condutas aumenta o nível de complexidade do procedimento e o risco de eventos indesejáveis que podem interferir no processo de humanização (13). Aproximadamente 55% dos partos realizados são cirúrgicos e estes ainda correspondem a 40% dos partos no serviço público e a 84,6% na rede privada (14).

Complicações que acontecem durante o parto são as principais causas de mortes maternas, como distúrbios de coagulação e infecções. Há evidências de que as mulheres que dão a luz aos seus filhos em um país em desenvolvimento têm 36

vezes o risco elevado de morrerem durante o parto quando comparadas àquelas residentes em países desenvolvidos (15).

Dados oficiais indicam que houve uma diminuição de 45% dos óbitos maternos em todo o mundo entre 1990 e 2013. Contudo, a redução da mortalidade nesse grupo populacional ainda é considerada uma importante meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda aos profissionais de saúde o estímulo de práticas que propiciem o trabalho de parto e parto humanizados, a exemplo do contato materno com a criança imediatamente após o parto(16) e a presença do acompanhante (17). Tais informações refletem uma inquietação relacionada com uma assistência mais respeitosa ao processo fisiológico do parto (4, 11, 18).

Preocupado em cumprir os objetivos de desenvolvimento para o milênio, desde 1994, o Brasil tem apresentado políticas voltadas para a saúde da mulher, como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1994), Política Nacional para Humanização do Parto (2000) e, mais recentemente, a Rede Cegonha (2011). A Rede Cegonha é uma estratégia do Estado cuja intenção é garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, acompanhamento pré-natal e assistência ao parto e puerpério de modo humanizado, além de garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (19).

A Organização Mundial de Saúde recomenda ainda a prática de critérios que caracterizam a humanização do pré-natal e do parto nos serviços de saúde, a saber: elaboração do plano de parto durante o pré-natal; captação precoce das gestantes pelo serviço de saúde; assistência pré-natal; vinculação ao local do parto; presença do acompanhante durante a gestação e nascimento; liberdade de escolha para alimentar-se, movimentar-se e posição do parto; utilização criteriosa de intervenções ao processo natural do nascimento; clampeamento tardio do cordão umbilical; contato pele a pele entre a mãe e recém-nascido imediatamente após o parto; amamentação nos primeiros 30 minutos de vida; consulta puerperal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nos primeiros dois anos (16).

Contato pele a pele entre mãe e filho, amamentação nos primeiros 30 minutos de vida, presença do acompanhante durante o parto e acolhimento, o qual consiste no fornecimento de informações e escuta das necessidades da gestante, são indicadores de assistência humanizada preconizados pelo Ministério da Saúde (5).

Há escassez de estudos no Distrito Federal que estimem os fatores relacionados à prática adequada do parto humanizado. Investigações dessa natureza são relevantes para o direcionamento de políticas públicas de saúde a nível local.

2 OBJETIVO

Estimar a prevalência e investigar os fatores associados a quatro indicadores de humanização do parto em um hospital público no Distrito Federal em 2015.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento e Contexto

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado com puérperas assistidas no Hospital Regional do Paranoá que estavam internadas na unidade de alojamento conjunto.

A área de estudo está situada na Regional de Saúde do Paranoá, Região Administrativa do Distrito Federal. O Hospital Regional do Paranoá foi inaugurado no dia 22 de março de 2002 e é um dos dezesseis hospitais que compõem a rede de atenção à saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, conjuntamente com os Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Equipes de Saúde da Família.

A Regional de Saúde do Paranoá é composta pelo Hospital Regional do Paranoá, Centro de Saúde N. 01 do Paranoá, Centro de Saúde do Itapoã, Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD).

O hospital supracitado é classificado como hospital de nível de atenção secundário e oferece alguns serviços terciários como as sub-especialidades da ortopedia, com um total de 232 leitos ativos.

O bloco de atenção materno-infantil deste hospital é composto por Centro Obstétrico, Maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, Pediatria e Pronto Socorro Pediátrico.

O Centro Obstétrico (CO) conta com 15 leitos ativos, dos quais 8 são de PPP (pré-parto, parto, pós-parto), 5 leitos de observação e 2 leitos de recuperação

anestésica. Além desses, o CO conta com dois leitos neonatais utilizados para dar suporte aos recém nascidos que, em seguida aos primeiros cuidados, costumam ocupar os leitos das mães até a alta para a Maternidade (34 leitos).

Estima-se que no ano de 2014 foram realizados 2.978 partos, dos quais 44,36% foram partos cirúrgicos. Houve, em média, 248,2 partos por mês (20).

3.2 Critérios de Elegibilidade

As puérperas que foram assistidas no centro obstétrico do Hospital Regional do Paranoá e que concordaram em participar da pesquisa foram incluídas no estudo. Aquelas com idade inferior a dezoito anos, desacompanhadas de seus responsáveis legais, não foram selecionadas para o estudo.

3.3 Amostra

Estimou-se o tamanho da amostra por meio da prevalência (5%) do conjunto de práticas que definem a assistência ao parto como humanizada (21), segundo recomendações do Ministério da Saúde. A população utilizada para o cálculo amostral foi composta por 2.978 mulheres em trabalho de parto, atendidas no local do estudo, em 2014. Empregou-se o nível de confiança de 95% e margem de erro de 4%, obtendo quantidade mínima de 110 puérperas. A amostra foi calculada utilizando-se o software EPI INFO versão 7.0.

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com puérperas atendidas durante o trabalho de parto e parto no Hospital Regional do Paranoá a partir de um questionário (Apêndice A) elaborado conforme as "Recomendações da Organização Mundial da Saúde, 1996: Tecnologias Apropriadas ao Parto de Baixo Risco, Categorias A e B" (16) e a política de humanização do parto e nascimento, (5). As informações não contempladas durante as entrevistas foram consultadas no prontuário.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no período de 24/03 a 21/05/2015, considerando que os dados foram coletados de acordo com a disponibilidade das pacientes. Previamente foi realizado um estudo piloto para testar

o instrumento de coleta de dados. Após esta etapa, houve revisão do questionário por especialistas da área. Durante todas as etapas da coleta de dados, o sigilo, o anonimato e a privacidade foram garantidos, conforme previsto na resolução 466/2012. As mulheres foram convidadas a se dirigir à sala de estar ou ao ambiente da varanda, ambos cômodos da unidade em questão, onde foram entrevistadas. Foi esclarecido que a participação era voluntária e que a qualquer momento elas poderiam desistir de participar da pesquisa.

3.5 Definição de variáveis

3.5.1 Desfechos

Ultimamente está acontecendo uma mudança de paradigmas entre o modelo tecnocrático de atenção ao parto e o modelo humanista. Naturalmente, os profissionais de saúde tendem a praticar o modelo vigente até surgir outro que se mostre superior. Esse é o momento que a obstetrícia brasileira e, porque não dizer, a obstetrícia no mundo, vive. As mudanças de paradigmas demandam o tempo mínimo de uma geração para se concretizar. Como a discussão sobre mudança do modelo de atenção ao parto iniciou-se concretamente na década de 1990, no Brasil, entende-se que os indicadores da atenção humanizada ainda sejam pontuais e estejam em estágio de implantação.

Para classificar um atendimento à gestante como humanizado, recomenda a prática de no mínimo quatro indicadores de humanização durante o trabalho de parto e parto. Por tal razão, esses indicadores foram elencados como desfechos desta investigação. São eles: 1) Informações durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto; 2) Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido imediatamente após o parto; 3) Presença do acompanhante e; 4) Amamentação nos primeiros 30 minutos de vida. As variáveis dependentes foram dicotômicas com resposta sim ou não.

3.5.2 Variáveis

O questionário foi dividido em três seções, a saber: 1) Sociodemográficas e de estilo de vida; 2) História obstétrica e; 3) Assistência ao trabalho de parto e parto. Na primeira seção foram apresentadas as variáveis: idade materna, estado civil, nível de escolaridade, região administrativa que residia e ocupação. A segunda seção foi composta por informações de paridade, local do diagnóstico da gravidez e

local de realização do pré-natal além da história de doença pregressa. A terceira seção foi constituída por tipo de parto, sexo do recém-nascido, infusão venosa contínua, posição de litotomia no período expulsivo, técnica de Valsalva, realização de manobras e limpeza do canal de parto, apoio para amamentar, lavagem uterina, revisão uterina e toque retal. A idade foi avaliada de forma contínua e as demais variáveis foram enquadradas como categóricas.

3.6 Métodos estatísticos

A análise dos dados consistiu na distribuição das variáveis de acordo com quatro indicadores de humanização do parto recomendados pelo Ministério da Saúde. Primeiramente foi realizada a análise descritiva para os desfechos dessa investigação. Medidas de tendência central e dispersão foram obtidas para a idade materna e frequência relativa para as outras variáveis do estudo.

Posteriormente, foram avaliadas as diferenças estatísticas por meio do teste qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas com nível de significância de 5%. A magnitude da associação foi mensurada pela razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}), utilizando a regressão de Poisson com variância robusta. Para análise multivariada foi empregado o modelo hierarquizado e para cada nível foram selecionadas variáveis que tiveram significância de até 20% na análise bivariada.

No primeiro nível foram selecionadas todas as variáveis sociodemográficas que tiveram $p < 0,20$, àquelas que permaneceram com $p < 0,10$ e tinham relevância epidemiológica seguiram para o nível seguinte. Para a segunda etapa foram selecionadas as variáveis relacionadas com a história gestacional e com $p < 0,20$, além de serem adicionadas àquelas com 10% de significância e importância epidemiológica do primeiro nível. No terceiro nível, além de continuarem as variáveis com $p < 0,10$ dos dois primeiros níveis, foram adicionadas àquelas variáveis relacionadas à assistência ao parto e com $p < 0,20$. Para a tabulação dos dados foi utilizado o software SPSS Statistics versão 20.0 e para análise estatística foi empregado o software Stata 11.2.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CEP/FEPECS/SES/DF, de acordo com as

exigências da Resolução 466/2012. O projeto foi aprovado no dia 23/03/2015 conforme o parecer sob número de registro 994.850 (Anexo A).

O projeto de pesquisa também passou pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob o protocolo de número 1.034.894 em 08/04/2015 (Anexo B).

As puérperas foram informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participarem da pesquisa de forma voluntária. Aquelas que concordaram em participar e que preencheram os critérios de inclusão assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) em duas vias, ficando uma com a pesquisadora responsável pela investigação e outra com a entrevistada.

4 RESULTADOS

4.1 Participantes e suas características

No total, 110 puérperas foram incluídas no estudo. As participantes da investigação apresentaram idade média aproximada de 27 anos (desvio padrão: \pm 6,6) e a maioria residia com companheiro, não tinha uma ocupação remunerada e tinha até o primeiro grau completo de estudo.

Observou-se que as mulheres investigadas tinham pelo menos um filho (múltiparas) e realizaram o diagnóstico da gravidez no serviço privado. Metade dos partos foi cirúrgico, a maioria das mulheres não foi submetida a intervenções durante o parto como técnica de Valsalva e posição de litotomia.

4.2 Prevalências dos indicadores de humanização do parto

Parte substancial das mulheres estava com o acompanhante durante o parto, teve contato imediato com os filhos após o nascimento, recebeu as informações necessárias e que desejou durante o pré-natal e parto, e amamentou seu filho nos primeiros 30 minutos de vida, conforme sumarizado na tabela 1.

4.3 Fatores associados aos indicadores de humanização do parto

A análise multivariada apresentada na tabela 2 informa que as puérperas que consumiram álcool na gestação, obtiveram o diagnóstico da gravidez na rede privada e que tiveram seus filhos por meio do parto cesáreo apresentaram maior

probabilidade de não terem a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Em relação à amamentação até 30 minutos de vida, observou-se que as mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal no setor privado e que não receberam apoio para amamentar tinham aproximadamente duas vezes a probabilidade de não amamentar seguidamente após o parto quando comparadas àquelas atendidas no serviço público e que receberam apoio para amamentar, como é apresentado na tabela 3.

De acordo com a tabela 4 a escolaridade materna, etilismo e apoio para amamentar foram estatisticamente significantes com o desfecho informações fornecidas antes e durante o trabalho de parto e parto.

As variáveis associadas positivamente com a ausência do contato pele a pele da mãe com o recém-nascido imediatamente após o parto foram doença pregressa e parto cesáreo (tabela 5). As mulheres que tinham alguma doença pregressa tinham maior probabilidade de não ter contato pele a pele com o nascituro logo após o parto, bem como àquelas que tiveram seus filhos por meio do parto cesáreo.

5 DISCUSSÃO

5.1 Síntese dos resultados

Os resultados dessa investigação indicam que uma a cada duas mulheres tem a presença do acompanhante no momento do parto e tem contato pele a pele com o recém-nascido logo depois do parto. Ainda, aproximadamente 1/3 das mulheres recebeu informações prévias e durante o trabalho de parto e amamentaram seus filhos imediatamente após o parto.

As mulheres que consumiram álcool na gestação e que realizaram acompanhamento pré-natal na rede privada são mais propensas a não terem acompanhantes durante o parto e não amamentarem seus filhos após o nascimento. Ter filhos por meio de parto cesáreo é associado positivamente com ausência do acompanhante e contato pele a pele da mãe com a criança após o parto. O apoio para amamentar foi estatisticamente significativo com a falta de informações

fornecidas antes e durante o trabalho de parto e parto e com a prática do ato de amamentar em até 30 minutos após o parto.

5.2 Interpretação dos resultados

O programa de humanização do parto e nascimento tem como premissa a realização de condutas e procedimentos essenciais durante o trabalho de parto e parto que caracterizam o atendimento de qualidade (5). Pesquisas nacionais evidenciam pouca realização das condutas preconizadas pela política em questão no Brasil (24, 25), fato que revela que o surgimento de políticas voltadas à humanização do atendimento tem relação do empoderamento deste conhecimento pelos profissionais que a executam.

O atendimento humanizado deve ser iniciado ainda no pré-natal e o profissional é o principal interlocutor desse processo. Estimular a presença e apoio dos familiares na gestação é um dos caminhos para iniciar o diálogo entre a equipe e o núcleo familiar.

Nessa perspectiva, a presença de um familiar em todas as etapas da gestação é imprescindível para a humanização do cuidado. Durante o trabalho de parto e parto, nesta pesquisa, uma parte substancial dos partos tinha a presença do acompanhante, corroborando com achados de uma investigação realizada em um município da Região Sul do Brasil (8). Toda parturiente tem direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto e este deve ser escolhido livremente pela mulher (16). No entanto, alguns profissionais de saúde tem resistência em aceitar a presença de um familiar durante o parto, principalmente se for do sexo masculino, pelo fato de acharem que o companheiro pode prejudicar o trabalho da equipe, uma vez que as instalações físicas das unidades não são apropriadas, no geral, para atender essa demanda da presença do acompanhante sem expor as outras usuárias do serviço, o quantitativo de pessoal ainda é insuficiente e a atualização profissional não é incentivada.

Comumente, apesar de previsto em lei, a presença do companheiro apenas é permitida em partos cesáreos (8). Desse modo, espera-se que a frequência da presença do acompanhante seja maior em partos cirúrgicos, porém no hospital desta pesquisa, somente 16,4% das parturientes submetidas a esse tipo de parto tinham acompanhantes, este achado se contrapõe a literatura. Acredita-se que isto ocorra devido ao procedimento cirúrgico estar centrado nas mãos da classe profissional

médica, ainda pouco sensibilizada à necessidade de humanização da atenção prestada.

Observou-se, ainda, que, na presente investigação, a maioria das parturientes que tinha seus filhos por via vaginal estava com um acompanhante de livre escolha no momento do parto, conforme preconizado no programa de humanização do parto e nascimento, fato que indica um avanço, uma vez que resultados de outros estudos (8, 26, 27) apontam que o acompanhante, quando é permitido, não poderia ser do gênero masculino.

Intervenções desnecessárias, como posição de litotomia no período expulsivo e técnica de Valsalva não foram associadas aos desfechos investigados (16), no entanto essas práticas foram frequentes. A presença do familiar no momento do nascimento é um indicador de humanização e está associado a intervenções consideradas desnecessárias pelo programa de humanização do parto e nascimento, pode-se inferir, erroneamente, que as intervenções estão associadas à humanização do serviço. Porém o que precisa ser refletido é que culturalmente a usuária do serviço e seu acompanhante entendem que o parto é um ato médico e necessita de intervenções para ser bem sucedido.

Ainda, é importante ressaltar que o aumento de intervenções pode estar relacionado com a preocupação do profissional em realizar assistência que transmita a sensação de completude à parturiente e ao familiar, pois, socialmente, as interferências no parto fisiológico são aceitas pela população, mesmo que de forma opressiva e subordinada (41). Ainda desconfia-se que o acompanhante pode exigir da equipe intervenções resolutivas, às vezes inadequadas, que minimizem o sofrimento da mulher durante o parto.

O companheiro tem papel importante nesse momento, que é pactuar da experiência junto com a parturiente e minimizar qualquer tipo de possível desgaste materno. Porém, são necessárias orientações para esclarecer as condutas ideais para realização do parto humanizado. Outro aspecto relevante é o planejamento do parto por parte da família: isso permite a compreensão de todas as etapas da gestação, parto e puerpério.

Receber informações durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto pode auxiliar na compreensão da mulher e familiares sobre o processo fisiológico do parto e as medidas adotadas pelos profissionais de saúde durante o nascimento. Aproximadamente, nesta pesquisa, um terço das mulheres não obtiveram

informações sobre o parto, tais resultados são consistentes com outros estudos (8). Para as mulheres, ter informações relativas ao nascimento permitirá que elas se sintam no controle do processo decisório de dar a luz. Além disso, a obtenção de informações suficientes e adequadas é um dos pilares da humanização do cuidado (8).

Aproximadamente 71% das puérperas relatou ter recebido todas as informações e teve sanadas todas as suas dúvidas no período de internação, este desfecho se relacionou estatisticamente com a escolaridade materna acima de 8 anos de estudo, consumo de álcool na gestação e ausência de apoio para amamentar. Apesar dos resultados, desta investigação, apontarem para direção oposta, entende-se que esta constatação se deve à baixa escolaridade e nível social das participantes, fato que pode impedi-las de compreender verdadeiramente as informações oferecidas, ou ao momento em que foram entrevistadas, já que o puerpério pode submetê-las a uma condição de desconforto e preocupação alheios à pesquisa.

As orientações fornecidas no parto propiciam melhor entendimento da mulher em relação às transformações gravídico-puerperais, e assim, podem favorecer práticas importantes para o binômio materno-infantil, a exemplo da amamentação. Para tal, ainda, é necessário o apoio familiar, especialmente do companheiro (28-30), dado que a participação da família é recomendável para que a mãe amamente seu filho por mais tempo (30).

As práticas relacionadas ao aleitamento materno na sala de parto refletem sobre a assistência prestada durante o nascimento. Recomenda-se que haja incentivo e apoio dos profissionais de saúde para a prática da amamentação até 30 minutos após o parto (5, 8, 16, 31, 32). Estudo aponta que a ausência de orientação sobre aleitamento materno, ainda no hospital, eleva o risco em 53% (33) de interrupção precoce da amamentação.

Os achados de uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto no Estado de São Paulo (34) indicam que as crianças que nascem em hospitais que estimulam a prática do aleitamento materno até 30 minutos após o parto permanecem mais tempo amamentando quando comparadas àquelas que nascem em instituições que não incentivam a amamentação. Na década de 1990, o Brasil implementou ações pró-amamentação, proposta por diversas instituições (22, 35, 36), como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Após a implantação do programa, estima-se que uma a

cada duas mulheres amamenta seus filhos até um ano e dois meses de vida, antes disso, uma a cada duas mulheres amamentava seus filhos até dois meses de idade (37).

Desse modo, no ato de amamentar, é viabilizado também o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido. Essa aproximação colabora na adaptação do nascituro na vida extrauterina, promove o controle da temperatura corporal da criança e favorece a formação de vínculo entre a mãe e filho (5, 8, 23, 38, 39). Há evidências que esse indicador reflete a qualidade do parto realizado nas instituições, ou seja, as mães que têm o contato com seus filhos imediatamente após o nascimento comumente são submetidas a partos humanizados (8).

Nesta investigação, uma parte importante mães teve contato imediatamente após o parto com seus filhos. Tais resultados corroboram com outra pesquisa (8), que indica que o contato pele a pele é frequente na sala de parto, porém o tempo de contato comumente é inferior a 30 minutos. A Organização Mundial de Saúde (16) recomenda que as crianças fiquem pelo menos 30 minutos com a mãe imediatamente após o parto, porém devido à prática de procedimentos e exame físico por parte da equipe, há o adiamento ou à redução do tempo de contato materno (8).

Para o desenvolvimento de uma assistência humanizada ao parto nos dias atuais, é necessário um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença-cuidado, de modo que a mulher seja compreendida em todos os seus aspectos sociais, econômicos e culturais.

5.3 Fortalezas e limitações

Essa pesquisa limita-se às restrições intrínsecas do delineamento transversal e, para contornar esse problema metodológico, foram apresentados apenas os aspectos instantâneos dos indicadores do parto humanizado na amostra, sem intenção de abordar a causalidade dos eventos estudados. Desse modo, por exemplo, não se pode garantir que as informações fornecidas previamente ou durante o trabalho de parto e parto sejam causa ou consequência do parto humanizado. Para tal, é necessário a realização de estudos longitudinais.

As informações autorreferidas, outra limitação deste estudo, poderiam distorcer alguns resultados apresentados. Na análise dos dados foram realizados ajustes estatísticos para controlar possíveis confundidores. Empregou-se a

regressão de Poisson com variância robusta como método alternativo à regressão logística, devido ao fato desta superestimar a medida de associação em estudos transversais com desfechos frequentes (40).

Os resultados desta pesquisa seccional permitiram conhecer o cenário atual da prática do parto humanizado em um hospital público do Distrito Federal. Assim, é possível subsidiar políticas e estratégias de promoção ao parto humanizado na localidade investigada. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas mais robustas, com delineamento longitudinal para que possam ser investigados os fatores de risco relacionados com a prática do parto humanizado.

6 CONCLUSÃO

A prática dos indicadores de humanização do parto é frequente, porém há fatores associados positivamente com a ausência de acompanhante, contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, amamentação até 30 minutos de vida e informações fornecidas antes e durante o trabalho de parto e parto. Tais achados apontam a necessidade de implementação e execução das políticas públicas existentes que visem a promoção da qualidade de vida.

7 TABELAS

Tabela 1 – Prevalência dos indicadores de humanização do parto

Indicadores	N	Prevalência (%)
Presença do acompanhante	54	49,09
Amamentação até 30 minutos de vida	72	65,45
Informações fornecidas	78	70,91
Contato pele a pele da mãe com recém-nascido	60	54,55

Tabela 2 - Análise multivariada das características maternas associadas à presença de acompanhante durante trabalho de parto e parto em um hospital público do Distrito Federal em 2015

	Presença de acompanhante		Razão de Prevalência (IC _{95%})
	Sim n (%)	Não n (%)	
Nível I: Sociodemográfico			
Idade materna			
<25 anos	25 (54,35)	21 (45,65)	0,70 (0,45-1,11)
≥25 anos	29 (45,31)	35 (54,69)	
Escolaridade Materna			
≤ 8 anos	14 (63,64)	8 (36,36)	0,60 (0,34-1,05)
> 8 anos	21 (42,00)	29 (58,00)	
Etilismo			
Sim	2 (18,18)	9 (81,82)	1,82 (1,21-2,72)
Não	33 (54,10)	28 (45,90)	
Tabagismo			
Sim	2 (33,33)	4 (66,67)	1,28 (0,67-2,46)
Não	33 (50,00)	33 (50,00)	
Nível II: História gestacional**			
Local do Diagnóstico da Gravidez			
Público	38 (60,32)	25 (39,68)	1,65 (1,08-2,52)
Privado	16 (34,04)	31 (65,96)	
Paridade			
Primípara	20 (52,63)	18(47,37)	0,86 (0,55-1,34)
Múltipara	34 (47,22)	38 (52,78)	
Nível III: Assistência ao parto***			
Tipo de Parto			
Normal	45 (81,82)	10 (18,18)	3,49 (1,18-10,33)
Cesáreo	9 (16,36)	46 (83,64)	
Posição de Litotomia			
Sim	35 (81,40)	8 (18,60)	0,50 (0,16-1,60)
Não	19 (28,36)	48 (71,64)	
Técnica de Valsalva			
Sim	40 (80,00)	10 (20,00)	0,97 (0,41-2,30)

Não	14 (23,33)	46 (76,67)	
Apoio para amamentar			
Sim	33 (50,00)	33 (50,00)	1,15 (0,82-1,62)
Não	21(47,73)	23 (52,27)	

** Nível ajustado pelas variáveis idade, escolaridade e etilismo.

*** Nível ajustado pelas variáveis idade, escolaridade, etilismo e local do diagnóstico da gravidez.

Tabela 3 - Análise multivariada das características maternas associadas à prática da amamentação nos primeiros 30 minutos de vida do recém-nascido em um hospital público do Distrito Federal em 2015

	Amamentação até 30 minutos de vida		Razão de Prevalência (IC _{95%})
	Sim n (%)	Não n (%)	
Nível I: Sociodemográfico			
Idade materna			
<25 anos	34 (73,91)	12 (26,09)	0,67 (0,41-1,09)
≥25 anos	38 (59,38)	26 (40,63)	
Situação conjugal			
Com companheiro	33 (62,26)	20 (37,74)	1,42 (0,84-2,40)
Sem companheiro	16 (55,17)	13 (44,83)	
Nível II: História gestacional**			
Local do pré-natal			
Público	64 (72,73)	24 (27,27)	2,35 (1,35-4,09)
Privado	4 (33,33)	8 (66,67)	
Paridade			
Primípara	26 (68,42)	12(31,58)	0,99 (0,50-1,99)
Múltipara	46 (63,89)	26 (36,11)	
Nível III: Assistência ao parto***			
Tipo de Parto			
Normal	37 (67,27)	18 (32,73)	1,75 (0,38-7,96)
Cesáreo	35 (63,64)	20 (36,36)	
Posição de Litotomia			
Sim	28 (65,12)	15 (34,88)	3,98 (0,44-35,27)
Não	44 (65,67)	23 (34,88)	
Técnica de Valsalva			
Sim	35 (70,00)	15 (30,00)	0,35 (0,03-3,80)
Não	37 (38,33)	23 (38,33)	
Apoio para amamentar			
Sim	53 (80,30)	13 (19,70)	2,28 (1,13-4,59)
Não	19 (43,18)	25 (56,82)	

** Nível ajustado pelas variáveis idade e situação conjugal.

*** Nível ajustado pelas variáveis idade, situação conjugal e local do pré-natal.

Tabela 4 - Análise multivariada das características maternas associadas as informações fornecidas antes e durante parto e trabalho de parto em um hospital público do Distrito Federal em 2015

	Informações fornecidas		Razão de Prevalência (IC _{95%})
	Sim n (%)	Não n (%)	
Nível I: Sociodemográfico			
Idade materna			
<25 anos	37 (80,43)	9 (19,57)	0,48 (0,19-1,23)
≥25 anos	41 (64,06)	23 (35,94)	
Escolaridade Materna			
≤ 8 anos	19 (86,36)	3 (13,64)	0,64 (0,33-0,98)
> 8 anos	40 (80,00)	10 (20,00)	
Etilismo			
Sim	7 (63,64)	4 (36,36)	2,77 (1,03-7,42)
Não	52 (85,25)	9 (14,75)	
Nível II: História gestacional**			
Local do pré-natal			
Público	66 (75,00)	22 (25,00)	0,93 (0,25-3,51)
Privado	6 (50,00)	6 (50,00)	
Paridade			
Primípara	33 (86,84)	5 (13,16)	0,30 (0,72-1,28)
Múltipara	45 (62,50)	27 (37,50)	
Nível III: Assistência ao parto**			
Tipo de Parto			
Normal	40 (72,73)	15 (27,27)	1,89 (0,66-5,37)
Cesáreo	38 (69,09)	17 (30,91)	
Apoio para amamentar			
Sim	53 (80,30)	13 (19,70)	3,06 (1,04-9,03)
Não	25(56,82)	19 (43,18)	

** Nível ajustado pelas variáveis idade e etilismo.

*** Nível ajustado pelas variáveis idade, etilismo e paridade.

Tabela 5 - Análise multivariada das características maternas associadas ao contato pele a pele entre a mãe e recém-nascido imediatamente após o parto em um hospital público do Distrito Federal em 2015

	Contato pele a pele		Razão de Prevalência (IC _{95%})
	Sim n (%)	Não n (%)	
Nível I: Sociodemográfico			
Idade materna			
<25 anos	30 (65,22)	16 (34,78)	0,81 (0,48-1,38)
≥25 anos	30 (46,88)	34 (53,12)	
Escolaridade Materna			
≤ 8 anos	12 (54,55)	10 (45,45)	0,93 (0,55-1,57)
> 8 anos	26 (52,00)	24 (54,00)	
Situação conjugal			
Com companheiro	27 (50,94)	26 (49,06)	0,64 (0,33-1,22)
Sem companheiro	19 (65,52)	10 (34,48)	
Etilismo			
Sim	5 (45,45)	6 (54,55)	1,34 (0,73-2,45)
Não	33 (54,10)	28 (45,90)	
Nível II: História Gestacional			
Doença progressa			
Sim	5 (27,78)	13 (72,22)	1,66 (1,04-2,66)
Não	33 (61,11)	21 (38,89)	
Paridade			
Primípara	22 (57,89)	16 (42,11)	0,79 (0,44-1,26)
Múltipara	38 (52,78)	34 (47,22)	
Nível III: Assistência ao parto			
Tipo de Parto			
Normal	42 (76,36)	13 (23,64)	3,48 (1,76-6,87)
Cesáreo	18 (32,73)	37 (67,27)	
Apoio para amamentar			
Sim	37 (56,06)	29 (43,94)	1,10 (0,70-1,72)
Não	23 (52,27)	21 (47,73)	

** Nível ajustado pela variável situação conjugal.

*** Nível ajustado pela variável doença progressa.

REFERÊNCIAS

1. Baião M, Deslandes S. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev Nutr.* 2006;19(2):245-53.
2. Velho MB, Santos EKAd, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2012;21(2):458-66.
3. Oreano JM, Brüggemann OM, Velho MB, Monticelli M. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2014;13(1):128-36.
4. Sodré TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2012;11(supl):115-20.
5. Brasil. Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Ministério da Saúde; 2002.
6. Moraes FRR. A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
7. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75 Suppl 1:S5-S23.
8. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública.* 2008;24(8):1859-68.
9. Souza TGd, Gaíva MAM, Modes PSSdA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2011;32(3):479-86.
10. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2006;15(1):107-14.
11. Oliveira AGd, Silva RR. Parto também é assunto de homens: Uma pesquisa clínico-qualitativa sobre a percepção dos pais acerca de suas reações psicológicas durante o parto. *Interação em Psicologia.* 2012;16(1):113-23.
12. Leal MC, Gama SGN. Narcer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento 2012 [cited 2015 05 jan]. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.
13. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem.* 2006;10(3):240-6.
14. Brasil. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. UNICEF. Mortes maternas caem um terço em todo o mundo 2015 [cited 2015]. Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_18811.htm.
16. OMS. Guia prático para assistência ao parto normal. Genebra 1996.
17. Frigo J, Basso RB, Eerdtmann BK, Marin SM. A enfermagem e o cuidado humanístico na parturição. *Revista Uningá.* 2013;15(2):5-9.
18. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão interativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(2):458-66.
19. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
20. Paranoá HRd. Número de partos realizados no Hospital Regional do Paranoá. Núcleo de Estatística. 2015.
21. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TdGd. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública.* 2004;20:1281-9.

22. United Nations Children's Fund. Situação Mundial da Infância 2008. New York: UNICEF; 2007 [cited 2014 8 dec]. Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf.
23. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMdC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2012;21(2):329-37.
24. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. SISPRENATAL as a tool for evaluating quality of prenatal care. *Rev Saude Publica*. 2011;45(5):854-64.
25. [National evaluation of the Humanization of Prenatal and Birth Program]. *Rev Saude Publica*. 2008;42(2):383-7.
26. Boaretto MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
27. Carvalho MLMd. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:S389-S98.
28. Thu HN, Eriksson B, Khanh TT, Petzold M, Bondjers G, Kim CNT, et al. Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. *BMC Public Health*. 2012;12:964.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros. Brasília 2010.
30. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *Jornal de Pediatria*. 1999;75(6):449-55.
31. Portaria N 1153, (2014).
32. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. 1999;72:363-8.
33. Martins CdC, Vieira GO, Vieira TdO, Mendes CMC. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. *RBSP*. 2011;35(supl.1):167-78.
34. Leone CR, Sadeck LdSR. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev paul pediatr*. 2012;30(1):21-6.
35. Meirelles CdAB, Oliveira MldC, Mello RRd, Varela MAB, Fonseca VdM. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança^{ipt}. *Cad saúde pública*. 2008;24(9):2001-12.
36. Carvalhaes MA, Correa CR. Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application. *Jornal de pediatria*. 2003;79(1):13-20.
37. Müller FS, Rea MF, Monteiro NR. Iniciativa Mundial sobre Tendências do Aleitamento Materno: Informe Nacional. São Paulo: IBFAN Brasil; 2014.
38. Tostes NA. Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
39. Silva RCd, Soares MC, Jardim VMdR, Kerber NPdC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013;22(3):629-36.
40. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992-8. 2006;15(1):107-14.
41. Griboski, RA. Humanização do parto à luz da bioética: percepção de mulheres e profissionais de saúde. Brasília; s.n; 2004. [xii], 127 p. tab.

APÊNDICE A. Instrumento da coleta de dados



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Pós-graduação em Ciências da Saúde



Data da coleta: / /
Prontuário: _____
Leito: _____

Este instrumento de coleta de dados faz parte do estudo intitulado “Prevalência e fatores associados ao parto humanizado no Distrito Federal”, de autoria de Ana Paula Paz Alves Arboés, sob a orientação do Prof. Dr. Maurício Gomes Pereira.

Questionário

1. Informações sociodemográficas e de estilo de vida

- 1.1 Idade: ()
- 1.2 Estado Civil: () Solteira () Casada () União Estável () _____
- 1.3 Nível de escolaridade: () Analfabeta () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º grau incompleto
() 3º grau completo () _____
- 1.4 Ocupação: _____
- 1.5 História de doença pregressa: _____
- 1.6 Peso: _____ Altura: _____
- 1.7 Etilismo: () sim () não Se sim, com que frequência? _____
- 1.8 Tabagismo: () sim () não Se sim, com que frequência? _____
- 1.9 Outras drogas: () sim () não Se sim, com que frequência? _____
- 1.10 História Obstétrica: Gestações () Partos () Abortos ()
- 1.11 Local de residência na Região Administrativa do Distrito Federal: _____

2. História obstétrica

- 2.1 Onde você foi atendida no momento do diagnóstico da gravidez?
- () Equipe de Saúde da Família () Posto ou Centro de Saúde () Casa de Parto
() HRPa () HRAN () HRAS () Unidade Mista de São Sebastião
() Outros _____

2.2 Você realizou o pré-natal? () sim () não Número de consultas de pré-natal:()

2.2.1 Onde você realizou o pré-natal?

() Equipe de Saúde da Família () Posto ou Centro de Saúde () Casa de Parto () HRPa () HRAN () HRAS () Unidade Mista de São Sebastião () Outros _____

2.3 Indicaram a você para realizar o exame de Raio-X para avaliar o tamanho do quadril? () sim () não

2.4 Você sabe o que é plano de parto?

() sim () não

2.5 Os profissionais que te atenderam, te estimularam a elaborar um plano de parto?

() sim () não

2.6 Você elaborou um plano de parto?

() sim () não

2.7 Seu companheiro ou algum familiar foi comunicado sobre o plano de parto?

() sim () não

3. Assistência ao trabalho de parto e parto

3.1 Tipo de Parto: () normal () cesárea

Indicação: _____

3.2 Sexo do recém-nascido () masculino () feminino

3.3 Seu plano de parto foi respeitado?

() sim () não () em partes

3.4 O parto aconteceu no local (hospital/ domicílio/ casa de parto/ outros) onde você desejava? () sim () não

3.5 Você foi submetida a lavagem intestinal no momento da internação?

() sim () não

3.6 Você foi submetida a depilação da região genital no momento da internação?

() sim () não

3.7 Você foi submetida a cateterização de alguma veia no momento da internação?

() sim () não

3.8 Recebeu infusão venosa contínua durante o trabalho de parto?

() sim () não

3.9 Ofertaram a você algum líquido como água, chás ou suco, durante o trabalho de parto?

sim não

3.10 Foi oferecido a você algum métodos de alívio das contrações, com exceção de remédios e procedimentos invasivos?

sim não

Se sim, quais?

3.11 Você escolheu a posição que queria durante o parto?

sim não

3.11.1 Te incentivaram a levantar da cama durante o trabalho de parto?

sim não

3.11.2 Pediram-lhe para ficar deitada com os seus pés sobre as pernas durante o parto?

sim não

3.12 Te orientaram a fazer força e como respirar durante o parto?

sim não

3.13 Foi realizada massagem ou manobras no canal vaginal para facilitar o parto?

sim não

3.14 Sua privacidade foi respeitada durante o trabalho de parto e parto?

sim não

3.15 Os profissionais se empenharam em atender suas necessidades (empáticos)?

sim não

3.16 Foi permitida a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto?

sim não

3.16.1 O acompanhante foi de sua livre escolha?

sim não

3.17 Seu filho(a) foi colocado em contato pele a pele assim que nasceu?

sim não

3.17.1 Você amamentou o seu filho (a) na primeira hora após seu nascimento?

sim não

3.17.2 Você teve apoio para amamentar o seu filho (a) na primeira hora após o nascimento?

sim não

4. Sobre o pós-parto:

4.1 Foi preciso lavar seu útero com soro após o parto?

sim não

4.2 O profissional que realizou o seu parto introduziu os dedos ou as mãos em seu útero para puxar os coágulos após o nascimento do seu filho(a)?

sim não

4.3 Foi realizado exame retal (introdução do dedo do profissional no ânus) após o parto?

sim não

4.4 Ofereceram-lhe todas as informações e explicações que desejou, durante o pré-natal, parto e pós-parto?

sim não

APÊNDICE B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de pós-graduação em Ciências da Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos você a participar do projeto de pesquisa Prevalência e fatores associados ao parto humanizado no Distrito Federal, sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Paula Paz Alves Arboés e do orientador Prof. Dr. Maurício Gomes Pereira. O projeto é importante para conhecermos e melhorarmos o atendimento às mulheres que procuram o Centro Obstétrico do HRPa.

O objetivo desta pesquisa é conhecer a qualidade da assistência prestada a parturientes no HRPa, a partir da percepção das usuárias.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de uma entrevista na data combinada com um tempo estimado de 05 minutos para sua realização.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, porém, pelo perfil desta pesquisa, os riscos são minimizados (riscos de *blues*/ depressão puerperal). Os casos identificados serão tratados na própria instituição de saúde, mesmo após a alta hospitalar da puérpera. Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhoria do serviço oferecido pela Unidade de Atenção Obstétrica do HRPa.

Você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília e no Hospital Regional do Paranoá, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Ana Paula no telefone 3369-9819, das 7h às 12h, de segunda à quinta-feira.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FEPECS/SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de dúvidas, o CEP/FEPECS disponibiliza o e-mail:

comitedeetica.secretaria@gmail.com

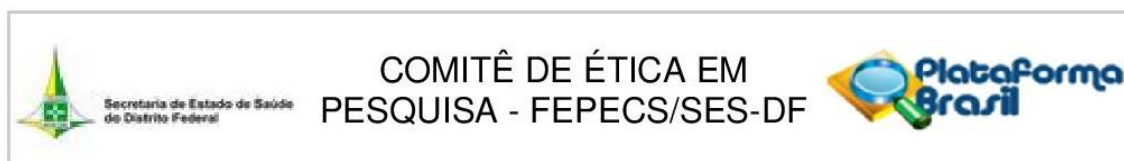
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com você.

Nome / assinatura

Nome / assinatura do responsável

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

ANEXO A. Aprovação no comitê de ética em pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização da assistência a parturiente em um hospital público do Distrito Federal: percepção das usuárias

Pesquisador: Ana Paula Paz Alves Arboés

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40300914.0.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional do Paranoá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 994.850

Data da Relatoria: 23/03/2015

Apresentação do Projeto:

O modelo tradicional de assistência ao parto que faz uso rotineiro e desnecessário de intervenções e que altera o curso fisiológico do parto tornando-o institucionalizado e centralizado no profissional vem sendo questionado. Uma pesquisa feita pela Fundação Oswaldo Cruz afirma que apenas 5% dos partos ocorridos no país não têm nenhum tipo de intervenção como analgesia, episiotomia, uso rotineiro de oxitocina e outros.

Preocupado em cumprir com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio, desde 1994, o Brasil tem apresentado políticas voltadas para a saúde da mulher como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1994), Política Nacional para Humanização do Parto (2000) e, mais recentemente, a Rede Cegonha (2011). A Rede Cegonha é uma estratégia de governo que visa "assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis" (Portaria 1.459/2011).

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Conhecer a qualidade da assistência prestada a parturientes em um hospital público no Distrito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 994.850

Federal, a partir da percepção das usuárias do serviço de atenção obstétrica do Hospital Regional do Paranoá (HRPa).

Específicos:

- Descrever o perfil epidemiológico-social das usuárias do serviço de atenção obstétrica do HRPa;
- Caracterizar a assistência hospitalar durante o parto e puerpério, utilizando os critérios da OMS;
- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a implantação do cuidado humanizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os sujeitos foram adequadamente identificados. Com os benefícios, espera-se a contribuição para melhoria do serviço oferecido pela Unidade de Atenção Obstétrica do HRPa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de base epidemiológica do tipo transversal descritivo, que será realizado no Hospital Regional do Paranoá/HRPa/SES/DF.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas com as puérperas e registros de prontuários, onde serão identificados dados demográficos, sociais, história reprodutiva, tipo de parto, intervenções realizadas, intercorrências durante o trabalho de parto e as primeiras vinte e quatro horas do puerpério, totalizando 50 parturientes.

As variáveis serão analisadas com a utilização do software SPSS. O teste utilizado será Qui-quadrado e o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado será de 0,05.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pelo Diretor do Hospital Regional do Paranoá/HRPa/SES/DF.

Termo de Concordância: Apresentado. Documento assinado pelo Coordenador Geral de Saúde do Paranoá e pela Chefia responsável pela Unidade Clínica do HRPa/SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentado.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

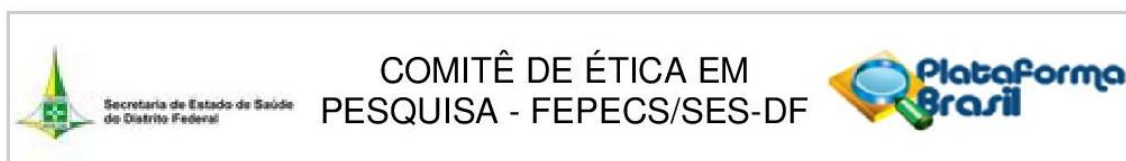
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 994.850

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 23 de Março de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO B. Aprovação no comitê de ética em pesquisa da Universidade de Brasília.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização da assistência a parturiente em um hospital público do Distrito Federal: percepção das usuárias

Pesquisador: Ana Paula Paz Alves Arboés

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40300914.0.3001.0030

Instituição Proponente: Hospital Regional do Paranoá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.034.894

Data da Relatoria: 08/04/2015

Apresentação do Projeto:

"Introdução:

De acordo com dados de 2012 apresentados pelo Ministério da Saúde, em média, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados anualmente no Brasil são cirúrgicos. No SUS eles representam 40%, porém esse percentual chega a 84,6% dos partos realizados por planos de saúde. Em diversas áreas da sociedade e em níveis diferentes de complexidade, o modelo tradicional de atenção ao parto vem sendo questionado. Entenda-se modelo tradicional de assistência ao parto por aquele que faz uso rotineiro e desnecessário de intervenções e que altera o curso fisiológico do parto tornando-o institucionalizado e centralizado no profissional. Uma pesquisa feita pela fundação Oswaldo Cruz afirma que apenas 5% dos partos ocorridos no país não tem nenhum tipo de intervenção como analgesia, episiotomia, uso rotineiro de oxitocina e outros. Preocupado em cumprir com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio, desde 1994, o Brasil tem apresentado políticas voltadas para a saúde da mulher como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1994), Política Nacional para Humanização do Parto (2000) e, mais recentemente, a Rede Cegonha (2011). A Rede Cegonha é uma estratégia de governo que visa "assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.034.894

desenvolvimento saudáveis" (Portaria 1.459/2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, publicou o Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal que, de acordo com evidências científicas, elenca práticas classificadas em quatro categorias. São elas: (1) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, (2) práticas claramente prejudiciais e que devem ser eliminadas, (3) práticas em relação as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e (4) práticas frequentemente usadas de modo inadequado. Esse mesmo documento define a assistência ao parto como sendo: "um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Estas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis."(p.) Somando-se ao já exposto, nota-se que a Portaria número 1459/2011, conhecida como Rede Cegonha, que trata da implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto, tem como principais metas reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil, o que é também de grande relevância. De acordo com o relatório apresentado pela OMS em 06/05/2014, o índice de mortalidade materna no Brasil reduziu de 120 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 69 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, em 2013 (queda de 43%). Essa queda também foi observada no mundo que tinha 380 mortes/100 mil nascidos vivos em 1990 e passou a apresentar 210 mortes maternas/100 mil nascidos vivos em 2013 (queda de 45%). Apesar da melhora dos índices de mortalidade materna, a OMS reconhece que alguns países terão dificuldades em cumprir todos os objetivos até 2015, mas ressalta os ganhos apresentados no relatório. Estes documentos oficiais refletem uma inquietação social que clama por uma assistência mais respeitosa ao processo fisiológico de dar a luz. O parto une num único momento vários aspectos da existência humana que são cheio de enigmas e medos como a sexualidade, a vida e a morte. E, por isso mesmo, deve ser tratado com mais respeito e dignidade. Mediante tais inquietações se faz necessário um aprofundamento do tema arguido tendo como questão norteadora: Quais as características do serviço oferecido às mulheres durante a assistência pré-natal , parto e puerpério no Hospital Regional do Paranoá?"

"Hipótese:

A assistência obstétrica oferecida pelo Hospital Regional do Paranoá não atende as recomendações da OMS."

"Metodologia Proposta:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.034.894

Estudo epidemiológico tipo transversal. O estudo será conduzido mediante aplicação de questionário estruturado à todas as puérperas atendidas no Centro Obstétrico do HRPa no período de novembro a dezembro de 2014, até atingir o número da amostra de 50 mulheres."

"Critério de Inclusão:

Serão utilizados como critérios de inclusão a participação voluntária e cuja assistência tenha sido prestada no Centro Obstétrico do HRPa.

Critério de Exclusão:

As mulheres menores de idade que estiverem desacompanhadas de seus responsáveis legais e as que não desejarem a participar da pesquisa."

"Metodologia de Análise de Dados:

As variáveis serão analisadas com a utilização do software SPSS (versão 17.7 para windows). O teste utilizado será Qui-quadrado e o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado será de 0,05."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Conhecer a qualidade da assistência prestada a parturientes em um hospital público no Distrito Federal, a partir da percepção das usuárias do serviço de atenção obstétrica do Hospital Regional do Paranoá (HRPa).

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil epidemiológico-social das usuárias do serviço de atenção obstétrica do HRPa; Caracterizar a assistência hospitalar durante o parto e puerpério, utilizando os critérios da OMS; Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para à implantação do cuidado humanizado."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios, segundo o pesquisador:

"Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, porém, pelo perfil desta pesquisa, os riscos são minimizados. As puérperas podem tomar conhecimento que o tipo de assistência prestada poderia ter sido melhor e processar o serviço. Essa reflexão pode aumentar os riscos de blues/ depressão puerperal.

Benefícios:

A contribuição para melhoria do serviço oferecido pela Unidade de Atenção Obstétrica do HRPa."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.034.894

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado de Ana Paula Paz Alves Arboés no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, sob orientação do Prof. Maurício Gomes Pereira.

A mestranda é servidora da Secretaria de Saúde do DF, lotado no Ambulatório do Hospital Regional do Paranoá.

A etapa "Coleta de dados" é prevista para o período entre 01/04/2015 e 30/04/2015 no projeto da Plataforma Brasil. Esta será realizada no Hospital Regional do Paranoá e foi aprovado pelo CEP-FEPECS/SES-DF vinculado à essa instituição pelo parecer No. 994.850 de 23/03/2015.

Apresenta planilha orçamentária no valor de R\$10.500,00 (dez mil e quinhentos reais) que serão custeados pelo pesquisador responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados para análise:

Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_429170.pdf", postado em 09/03/2015;

Currículo de Ana Paula Paz Alves Arboés - "curriculo cep 09.03.pdf", postado em 09/03/2015;

Projeto Detalhado - "Projeto Versão Final.pdf", postado em 25/11/2014;

TCLE - "TCLE versão final.pdf", postado em 25/11/2014;

Folha de Rosto assinada pela pesquisadora responsável. Tem como instituição proponente a Secretaria de Saúde do DF, com assinatura e carimbo do diretor de Regional de Saúde do Paranoá, o Sr. Eduardo Franklin de Medeiros - "Folha de Rosto.pdf", postado em 25/11/2014;

Parecer consubstanciado do CEP-FEPECS/SES-DF - "PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_994850.pdf", postado em 23/03/2015;

Currículo Lattes de Mauricio Gomes Pereira - "CURRICULUM VITAE.docx", postado em 03/12/2014;

Documento apresenta roteiro para entrevistas com as puérperas e dados a serem coletados dos prontuários - "Roteiro Usuárias.pdf", postado em 25/11/2014;

Termo de Concordância do Hospital Regional do Paranoá, datado de 25/11/2014, assinado pelo diretor, Dr. Rommel Madruga Lima Costa, pelo chefe da Unidade Clínica de Ginecologia - Endoscopia Ginecológica, Dr. Bernardo Marçal S. Costa, e pela pesquisadora responsável - "Termo de Concordância.pdf", postado em 25/11/2014.

Declaração, datada de 14/04/2015, assinada pela coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, informando a orientação da pesquisadora responsável pelo Prof. Maurício Gomes Pereira; e Declaração de Aluno Regular, datado de 13/04/2015, emitido pela Secretaria de Administração Acadêmica da mesma universidade,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.034.894

carimbado e assinado por Ingrid Moscardini Torres, assistente em administração do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - "Digitalizar 16-04-2015 18_00(3).pdf", postado em 17/04/2015.

Recomendações:

Recomendamos que os dados de contato (número de telefone, e-mail e horário de atendimento) que constam no último parágrafo do TCLE sejam aqueles do CEP-FEPECS/SES-DF, e não do CEP/FS. Recomendamos que sejam adicionados ao projeto e ao TCLE os riscos de blues/depressão puerperal e como estes serão minimizados, bem como informação sobre como serão encaminhados esses casos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP-FEPECS/SES-DF que é o CEP responsável pelo local de execução do estudo, o Hospital Regional do Paranoá.

O CEP/FS-UnB, em acordo com o parecer emitido pelo CEP-FEPECS/SES-DF, aprova o presente protocolo de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

BRASILIA, 24 de Abril de 2015

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com