

ALESSANDRA ALVES DE VASCONCELOS

**ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E
NASCIMENTO NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília, 2010

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

ALESSANDRA ALVES DE VASCONCELOS

**ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E
NASCIMENTO 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.

Orientador: Maria da Glória Lima

Brasília, 2010

ALESSANDRA ALVES DE VASCONCELOS

ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO 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.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

**COMPONENTE DA BANCA – MARIA DA GLÓRIA LIMA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**COMPONENTE DA BANCA – JANE LYNN DYRTZ
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**COMPONENTE DA BANCA – DAPHNE RATTNER
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

*Aos meus amores
Isabella e Salvatore*

Nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas (Rorty, 1993).

AGRADECIMENTOS

À Deus por iluminar a minha mente e dar entendimento ao meu coração.

Ao meu esposo Salvatore, pelo incentivo para que eu concluísse este trabalho e por suportar a minha ausência tanto perto quanto longe.

À Isabella por me proporcionar a emoção de ir além da teoria do parto normal

Aos meus pais, que me ensinaram a não temer e a vencer os desafios em minha vida.

Aos meus familiares, em especial aos avós italianos e brasileiros, à Eduarda, Elza, Nair, Otaviana e Pedro Paulo, que me ajudaram a cuidar da Isabella para que eu pudesse terminar este trabalho.

Aos profissionais entrevistados, pela oportunidade de reflexão sobre a humanização do nascimento.

Em especial à minha orientadora Maria da Glória Lima, não apenas pela orientação, mas principalmente pelo acolhimento, compreensão, paciência e incentivo no decorrer deste trabalho.

Vasconcelos, AA. Atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal, 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, DF.

Orientadora: Dra. Maria da Glória Lima.

RESUMO

A insatisfação das usuárias com os serviços de saúde, as altas taxas de cesarianas e os altos índices de mortalidade materna e perinatal despertam a atenção das políticas públicas de assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal no sentido de se reconstruir o paradigma de uma atenção mais humanizada. Dessa forma, com o objetivo de conhecer as representações das enfermeiras sobre o processo de humanização do parto e nascimento e a sua relação com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde e Políticas de Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento do Ministério da Saúde, foi realizado um estudo qualitativo com abordagem descritivo-exploratória com 12 enfermeiros que trabalham em sala de parto em dois hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram a observação de campo, questionário e entrevista. A coleta de dados foi realizada no período de 16 junho a 20 julho de 2009, nos centros obstétricos das maternidades de dois Hospitais Regionais da Asa Norte e do Paranoá, do Distrito Federal. Os resultados evidenciam que as instituições apresentaram uma taxa de 60% de cesarianas no ano de 2009 e 40% de partos normais; que grande parte das práticas preconizadas pela OMS como úteis à condução do parto normal ainda não estão sendo empregadas na sua totalidade nas salas de parto das instituições estudadas, que estratégias importantes e de baixo custo, como a participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a oferta de líquidos durante o trabalho de parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor, ainda não fazem parte da prática cotidiana das instituições. Os principais sentidos atribuídos pelas enfermeiras sobre a humanização da assistência do parto estão relacionados

ao acolhimento para diminuir o sofrimento, uma boa relação profissional – paciente, informações sobre o trabalho de parto e os cuidados de rotina que são realizados. O estudo aponta para a necessidade das enfermeiras buscarem atualização dos conhecimentos técnico-científicos para maior segurança e humanização no processo de parturição, como também o apoio das gestões envolvidas para a qualificação desses profissionais. a melhoria das condições de trabalho dessas maternidades e o compromisso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal na efetivação de políticas frente às diretrizes para a humanização no processo de atenção a mulher no parto normal também foram apontadas pelo estudo como necessárias

Descritores: Parto normal; Humanização da assistência ao parto; Assistência de enfermagem; Enfermagem

ABSTRACT

Vasconcelos, AA. Nurses' performance in the Humanization of Delivery and Childbirth in the Federal District, 2010. Dissertation (Masters in Health Sciences) University of Brasilia. Postgraduate education in Health Sciences, Brasilia, DF.

Advisor: Dr. Maria da Glória Lima.

Public policies for women's health assistance during pregnancy and childbirth are working towards offering a more humanized assistance. This is due to the dissatisfaction of patients with the health service, the high rates of caesarian sections and high perinatal and maternal mortality rates.

The purpose of this study was to know the nurses' opinions on the process of humanizing child birth and how these opinions relate to what is recommended by the World Health Organization and by the Humanization of Childbirth Policies proposed by the Brazilian Ministry of Health.

Therefore, a qualitative study was carried out along with a descriptive and exploratory approach with 12 nurses who work in the delivery rooms of two public hospitals located in the Federal District of Brazil. Information was gathered by observing the nurses at work and through questionnaires and interviews. This information was collected from June 16th to July 20th of 2009 in the obstetrics centers of the Regional Hospital of Asa Norte and of the Regional Hospital of Paranoá, Federal District.

Results show that: these institutions presented a 60% rate of caesarian sections in 2009 while only 40% were natural deliveries; most of the practices recommended by WHO as being useful while performing natural childbirths have not been fully applied in the delivery rooms of the institutions studied; important low cost strategies, such as the accompaniment of a coach during labor and childbirth, providing liquids and non-pharmacological methods for pain relief to the mother-to-be during labor are still not a part of the daily routine of these institutions. The main contributions made by the nurses towards the humanization of childbirth assistance were related to hospitality in order to

reduce suffering, maintaining a good professional relationship with the patient and providing information about childbirth and routine care procedures that need to be carried out.

Conclusion: This study shows that there is a need for nurses to update their technical-scientific knowledge aiming higher safety and humanization of the childbirth process, as well as the need for support from the hospital and government administration to achieve these professionals qualification. An improvement of the working conditions of those maternities is needed, as well as commitment from the Federal District's Health Secretariat to reinforce policies for the humanization of childbirth and women care.

Keywords: Humanization of Childbirth assistance; natural childbirth, Nursing, Nursing Assistance; Nursing

Lista de Figuras

Figura 1 Proporção de partos cirúrgicos realizados no DF de 2005 a 2009---51

Lista de Tabelas

Tabela 1 Caracterização dos enfermeiros que atuam em maternidades quanto a formação e experiência profissional. Distrito Federal, 2010 -----49

Tabela 2 Práticas realizadas e recomendadas pela OMS como úteis à condução do parto normal segundo enfermeiros de maternidades da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2010-----52

Tabela 3 Práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas de acordo com a OMS, na condução do parto normal segundo enfermeiros de maternidades do Distrito Federal, 2010-----57

Tabela 4 Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara até que mais pesquisas esclareçam a questão, segundo enfermeiros de maternidades. Distrito Federal, 2010-----59

Tabela 5 Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado segundo enfermeiros de maternidades. Distrito Federal, 2010-----60

Lista de Siglas e Abreviaturas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CO - Centro obstétrico

Fepecs - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

IHAC - Hospital Amigo da Criança

MS - Ministério da Saúde

DF - Distrito Federal

HRAN - Hospital Regional da Asa Norte

HRC – Hospital Regional de Ceilândia

HRG – Hospital Regional do Gama

HRPa - Hospital Regional do Paranoá

HRS – Hospital Regional de Sobradinho

HRT – Hospital Regional de Taguatinga

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNH - Política Nacional de Humanização

PPP - Pré parto, parto e puerpério

ReHuNa - Rede de humanização para partos e nascimentos

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RN - Recém-nascido

SES - Secretaria de Estado da Saúde

TRS -Teoria das Representações Sociais

UNICEF - Organização das Nações Unidas para a Infância e Juventude

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
-------------------------	----

Capítulo 1 - A ASSISTÊNCIA AO PARTO E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

1.1 - A HISTÓRIA DO PARTO E DAS PARTEIRAS	05
---	----

1.2 - A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO E OS SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO	11
--	----

1.3 – UM BREVE HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NO BRASIL.....	14
--	----

1.4 – MODELOS ASSISTENCIAIS QUE INFLUENCIAM AS PRÁTICAS DE CUIDADO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL.....	25
---	----

1.5 – O CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL	28
--	----

Capítulo 2 - OBJETIVOS	32
-------------------------------------	----

Capítulo 3 - MÉTODOS

3.1 - TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	33
--	----

3.2 - CENÁRIO DO ESTUDO.....	36
------------------------------	----

3.3 - SUJEITOS DO ESTUDO.....	36
-------------------------------	----

3.4 - COLETA DE DADOS	37
-----------------------------	----

Capítulo 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DAS MATERNIDADES ESTUDADAS	
4.1.1 Hospital Regional da Asa Norte -----	42
4.1.2 Estrutura Física -----	42
4.1.3 Rotinas do Centro Obstétrico do HRPA -----	43
4.1.4 Hospital Regional do Paranoá -----	45
4.1.5 Estrutura Física -----	46
4.1.6 Rotinas do Centro Obstétrico do HRPA -----	46
4.2 - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS EM ESTUDO	47
4.3 - SITUAÇÃO DAS MATERNIDADES PESQUISADAS EM NÚMEROS DE PARTOS NO PERÍODO DE 2005 A 2009 -----	49
4.4 - PRÁTICAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O PRÉ-PARTO E PARTO SEGUNDO O PRECONIZADO PELA OMS -----	51
4.5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS DIANTE A HUMANIZAÇÃO DO PARTO -----	63
4.5.1 Significado da Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento -- -----	64
4.5.2 Garantia dos Direitos da Paciente -----	70
4.5.3 Trabalhando sobre as Necessidades da Mulher e dos Serviços ----	73
4.5.4 Equipe de Saúde -----	76
Capítulo 5 - CONCLUSÃO -----	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	85
APÊNDICES -----	96

INTRODUÇÃO

A insatisfação das usuárias com os serviços de saúde, as altas taxas de cesarianas e os altos índices de mortalidade materna e perinatal despertam a atenção das políticas públicas de assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal no sentido de se reconstruir o paradigma de uma atenção mais humanizada. Pelos discursos governamentais, institucionais e profissionais, há uma tendência em estabelecer uma assistência que respeite o processo fisiológico e natural do nascimento e parto ao invés de tratá-los como doença e com intervenções desnecessárias.

O Ministério da Saúde considera que *“o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal.”* Acrescenta que a gravidez e o parto são eventos sociais, dos quais fazem parte a mulher, seu parceiro, seus familiares e a comunidade¹.

Diante disso, algumas práticas que eram correntes antes da institucionalização e medicalização da assistência obstétrica e que foram descaracterizadas do processo de parturição, como a posição vertical durante o segundo estágio, o apoio constante de familiares ou amigas da mulher durante o trabalho de parto, a assistência domiciliar ao parto e o contato contínuo entre pais e bebês após o parto, passam a ser incentivadas, agora, portanto, com respaldo científico². Este apoio durante o parto, também denominado suporte intraparto pode ser realizado tanto por profissionais do serviço, enfermeiras, parteiras, algum ente da família, comadres, amigas da mulher, bem como por acompanhantes treinadas, denominadas doulas.

Doula é uma palavra de origem grega que significa mulher servente, escrava. Historicamente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, auxiliando nos cuidados com o bebê, entre outras atividades domésticas. No contexto atual, este termo refere-se àquela que está ao lado, que interage com, que ajuda a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação³.

Para entender o processo de parturição é preciso considerar os contextos sociais e culturais e a individualidade físico-psicológica da parturiente, os quais influenciam na maneira como ela interpreta as diferentes sensações físicas do trabalho de parto. Dessa forma, dar à luz não é simplesmente um ato fisiológico. O parto representa um fenômeno sociocultural porque redefine a identidade da mulher e afeta suas relações com os grupos com quem mantém contato, além de ocorrer num contexto em que estão incluídos os valores, as crenças, as práticas, os cuidados e o seu próprio significado de ser mulher/mãe⁴.

A assistência obstétrica do século XVI ao XIX era atribuída às parteiras e o acesso ao quarto da parturiente era oculto, sendo proibida, por ordem moral, a entrada do gênero masculino em seus aposentos. Havia uma grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações, e a parturiente era auxiliada por outras mulheres que, junto com as parteiras, acompanhavam todo o trabalho de parto⁵.

Se por um lado, importantes tecnologias foram incorporadas na assistência materno-infantil, que reduziram de maneira importante as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, por outro lado, foram esquecidas ou consideradas pouco científicas, algumas práticas que possibilitavam que a experiência do parto e do nascimento do bebê tivesse para a mulher e para a família um significado além da questão biológica⁶.

Com o propósito de garantir e incentivar o processo de humanização do nascimento nas maternidades brasileiras, O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm publicado nos últimos anos diversas portarias e manuais de orientação. Entre as principais medidas, está o incentivo ao parto natural, a presença de familiares com as parturientes durante o trabalho de parto e o parto, a adaptação do ambiente hospitalar próximo do ambiente familiar, a não separação imediata do recém-nascido de sua mãe, o acompanhamento da parturiente por mulheres que possam orientá-la nesse momento ou apenas que estejam ao seu lado e redução, na medida do possível de intervenção medicamentosa, técnica e cirúrgica⁷.

Desse modo, verifica-se que o tema humanização da assistência já faz parte do vocabulário de muitas instituições de saúde por todo o país. No entanto, percebe-se que há dificuldades para sua real implementação nas

maternidades brasileiras, que na sua maioria ainda apresentam uma assistência caracterizada pelo excesso de intervenções durante o trabalho de parto e parto.

A deficiência na qualidade da assistência pré-natal tem colaborado para a desinformação das gestantes que não são apresentadas aos assuntos concernentes aos benefícios do parto normal e aos riscos de uma cesariana desnecessariamente realizada, ou seja, aquela que vem se adequar a agenda do obstetra ou para coincidir com uma data festiva importante para os pais. Estas e outras questões têm refletido de forma importante para o aumento das taxas de cesáreas e para a morbimortalidade materna e perinatal, além do desperdício dos recursos do setor da saúde.

A organização da atenção à saúde da mulher no Distrito Federal apresenta avanços e limites rumo ao processo de humanização, perpassando por questões políticas, técnicas e corporativas. Considerando as diretrizes das políticas de humanização propostas pelo Ministério da Saúde, as quais precisam ser organizadas e desenvolvidas nos serviços de referência, de forma a qualificar o atendimento prestado às mulheres, faz-se importante o desenvolvimento de estudos que possam identificar e analisar como esse processo ocorre no âmbito das maternidades do Distrito Federal.

Em função da minha experiência como funcionária da Secretária de Saúde do Distrito Federal, lotada como enfermeira na Casa de Parto de São Sebastião, pude me deparar com outras realidades de serviços nas quais as recomendações propostas pela OMS ainda não fazem parte da prática cotidiana.

A Casa de Parto visa a humanização do atendimento ao nascimento por meio de incentivo à participação do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, apoio para que a mulher adote as posições que desejar durante o processo de parturição, estabelecimento do contato precoce mãe-bebê, o incentivo ao aleitamento materno, educação em saúde para as puérperas antes da alta, entre outras práticas.

Este estudo se justifica por haver poucos trabalhos sobre a implementação das diretrizes propostas pela OMS e pelo Programa de Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento, sendo assim buscou um melhor entendimento acerca das percepções das enfermeiras sobre o processo

de humanização do parto e quais as práticas desenvolvidas na atenção ao parto em duas maternidades do Distrito Federal, de maneira a oferecer subsídios para a implementação de medidas que possam viabilizar um melhor resultado na assistência à mulher, na satisfação das usuárias, como também, contribuir no movimento para a luta mundial na redução da morbimortalidade materna e perinatal, que a cada dia vem ganhando mais destaque no cenário político nacional e internacional.

Dentre essas iniciativas, temos o estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que incluiu como quinto dentre os oito objetivos estabelecidos – Melhorar a saúde materna, no qual o Brasil é signatário por meio da Secretaria de Políticas para o Desenvolvimento Sustentável do Ministério do Meio Ambiente, com a parceria do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD, que coloca em debate a importância da integração de agendas internacionais e nacionais⁸.

Em face do exposto, considerou-se válido realizar a pesquisa no Hospital Regional do Paranoá e no Hospital Regional da Asa Norte, por serem as unidades de referência da Casa de Parto de São Sebastião, pois as gestantes que não se enquadram no protocolo de atendimento ao parto normal de baixo risco devem ser removidas para uma unidade hospitalar. Com isso, todo o trabalho realizado com essas gestantes durante o pré-natal precisa ter continuidade mesmo que elas não possam ter seu bebê na Casa de Parto, e para isso as maternidades dos hospitais de referência precisam trabalhar com a mesma filosofia da atenção humanizada.

CAPÍTULO 1 A ASSISTÊNCIA AO PARTO E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

1.1 A HISTÓRIA DO PARTO E DAS PARTEIRAS

Observa-se na evolução histórica do cuidado no período reprodutivo, um processo descrito muito como do feminino. Cabe ressaltar que não se tem a pretensão neste trabalho de fazer um estudo de relações de gênero.

O parto como um evento social, reproduz o contexto sócio-histórico na evolução do cuidado no período reprodutivo, segundo Moraes “ As práticas e os processos de significação e geração de sentidos relacionados ao parto e nascimento transformaram-se ao longo da história, estando perpassadas pelas peculiaridades de cada contexto sócio-cultural”⁹.

A vivência do parto era de caráter íntimo e privado, e uma experiência feminina compartilhada entre mulheres. Às mulheres era dado o poder e o conhecimento do seu próprio corpo e em torno dos aposentos da parturição elas podiam falar dos seus mais ocultos pensamentos acerca de torna-se mãe. E enquanto as convenções do século XIX não permitiam que as mulheres comentassem assuntos particulares em público, neste momento elas podiam compartilhar conhecimentos, identificando-se umas com as outras em suas preocupações, certas que não estavam sozinhas nos seus problemas¹⁰.

Se olharmos historicamente a evolução do cuidado no período reprodutivo, encontraremos um processo essencialmente do gênero feminino desde tempos longínquos, com ocorrência no âmbito doméstico e com as tarefas ligadas à mulher e ao seu conceito, garantindo assim a sobrevivência da espécie. A assistência ao processo de parturição se iniciou como uma forma de solidariedade entre as mulheres e desencadeou um processo gradual de acumulação de um saber essencialmente feminino, dando origem às parteiras, primeiras profissionais da história a lidar com o processo de parto¹¹.

A função de parteira é tão antiga, como a da própria humanidade. Através da história foram perseguidas, combatidas e caluniadas pelos representantes da sociedade que detinham certos poderes, tais como sacerdotes e médicos. Era considerada por muitos como ignorante, sem asseio em suas práticas e perigosa para mãe e bebê¹².

A imagem da parteira é sempre ambígua. Ela pode praticar abortos ou denunciar mulheres que abortam, tornar-se cúmplice de infanticídios ou auxiliar a reprimí-los, facilitar o abandono de crianças ou participar da procura de mães

que doam seus filhos, e por isso, a parteira se encontra em uma encruzilhada onde a vida e a morte podem estar presentes. Influi sobre seu comportamento o interesse sórdido ou a solidariedade, o medo da repressão, a preocupação com a preservação da vida ou a ausência de senso moral¹².

A história do parto caminhou lado-a-lado a outras histórias, sendo que a história de outros fenômenos não concorreu para uma mútua influência e/ou transformação: assim foi com “a história da saúde pública”, “do hospital”, “da enfermagem”, “da medicina” e de suas “especialidades” e como não poderia deixar de ser, “das mulheres”¹³.

Até o século XVI, a acumulação de saberes no âmbito feminino sobre a parturição estava centrada na figura da parteira, mulher da classe camponesa e que gozava de certo prestígio social na sua comunidade. A ela se atribuíam o controle da fertilidade, concepção, gravidez e parto, e por isso rapidamente despertou o interesse da igreja^{11, 14}.

A igreja na sua vontade de dominar e atuar sobre as consciências, desconfiando destas mulheres que tinham o privilégio de penetrar em todos os lares e de influenciar as mentalidades tentou controlar a profissão e as suas práticas. E logo a parteira passou a ser de modo imperativo da religião Católica Apostólica Romana e a estar juramentada pelo padre para ser capaz de recitar as fórmulas próprias que assegurassem o batismo do nascituro caso estivesse em perigo de vida¹⁴.

A partir do século XV inicia-se o período de “caça às bruxas”, com claro interesse do clero em se apropriar do conhecimento feminino, aliado aos interesses da medicina científica, de caráter essencialmente masculino e interesses econômicos da burguesia¹¹. No entanto, essa “caça às bruxas” não conseguiu acabar com as parteiras e curandeiras, mas conseguiu transformar as suas práticas em atividades suspeitas¹⁵.

Na França, o primeiro estatuto a regulamentar a profissão de parteira surgiu em 1560 em Paris. As aspirantes a parteira deveriam apresentar testemunhas de seu caráter e serem submetidas a uma banca composta por duas parteiras, médico e dois cirurgiões. Em meados de 1600, Paris já havia se tornado o centro de treinamento para parteiras¹⁵.

Louyse de Borgeois (1563-1636), foi a primeira parteira a escrever livros, utilizou-se dos trabalhos de Paré (1517-1590, famoso cirurgião-obstetra)

e da observação de vários partos de mulheres de classe social baixa. Ela ressaltou a importância da condição emocional da parturiente e sugeriu a todos que fossem atender mulheres na hora do parto a proverem a apoio emocional, sugerir posições confortáveis, e encorajá-las a tratar cada gravidez como uma experiência singular e individual e a respeitarem o poder e o mistério do nascimento. Em seus escritos, ela incluiu discussões sobre a ética e deveres das parteiras¹⁴.

Borgeois reconhecia a importância da condição emocional da parturiente e sugeria a todos que fossem atender mulheres na hora do parto a proverem a apoio emocional, sugerir posições confortáveis, e encorajá-las a tratar cada gravidez como uma experiência singular e individual e a respeitarem o poder e o mistério do nascimento. Em seus escritos, ela incluiu discussões sobre a ética e deveres das parteiras e implorou que elas servissem aos pobres com a mesma afeição com que serviam os ricos. Foi parteira dos cinco filhos de Henrique IV e à medida que sua reputação e experiência cresceram, sua inicialmente boa relação com os cirurgiões foi decrescendo, tornando bastante conflituosa até o final de sua carreira¹⁴.

Com o advento do capitalismo industrial na Inglaterra do século XVII, a hegemonia da prática médica se consolida, colocando em marginalidade o ofício da parteira¹⁶. Eles eram chamados para a intervenção em partos difíceis, onde não havia a possibilidade de parto normal, e a eles era reservado o uso de instrumentos cirúrgicos¹⁷.

Os primórdios da moderna tecnologia ocidental de atenção ao parto podem ser identificados ainda no século XVII, quando pessoas do gênero masculino que se autodenominavam cirurgiões-barbeiros começaram a utilizar tanto a cirurgia quanto o fórceps para extrair os bebês das mulheres. A prioridade era a vida da mãe, mesmo que isso significasse a perda do bebê¹⁸.

Nesse contexto, a regulamentação da prática de partejar começou a exigir que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las. Durante o século XVII as parteiras tentaram várias vezes se juntar ao Colégio dos Físicos sem obter sucesso, sendo que até o ano de 1750 estas representavam o melhor em termos de conhecimentos e práticas, e somente a partir do século XVIII é que os estudantes de medicina passam a freqüentar as maternidades européias. A competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. Sem

acesso ao conhecimento e às universidades e subordinadas aos cirurgiões e físicos, as parteiras foram aos poucos perdendo sua hegemonia na prática obstétrica¹⁵.

Vieira, localiza no século XVI o surgimento da obstetrícia e a passagem do parto para o ambiente hospitalar, embora o século XIX seja marcante no processo de dissociação da assistência ao parto da figura das parteiras.

Assim com a nova obstetrícia, as parturientes começaram a chamar os médicos para realizar os seus partos, por acreditarem que estes poderiam oferecer serviços mais seguros que a parteira, como o uso de fórceps, sangrias e o ópio para aliviar as dores¹⁰.

Até o século XVIII, a mortalidade materna era muito elevada, e a mudança do local do parto para o hospital foi essencial para a descoberta de novas tecnologias para a assistência. O maior obstáculo para a hospitalização do parto foi a ocorrência de infecção puerperal nas mulheres atendidas neste local. A partir do século XIX, com as descobertas científicas relativas à bacteriologia e antibioticoterapia, assepsia das salas cirúrgicas e anestésicos, resultou em uma diminuição na mortalidade materna contribuindo para uma melhor aceitação do ambiente hospitalar como local para o parto¹⁵.

Dentro dessa divisão interna não se permitia a presença feminina e havia o preconceito relacionado à medicina como profissão inadequada à mulher por razões de ordem moral. À mulher era permitida a colaboração no cuidado aos doentes como enfermeira, função exercida durante séculos pelas religiosas de várias ordens, ou na assistência às parturientes como parteiras¹⁹.

A partir de então, a regulamentação da prática de partejar começou a exigir que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las. Durante o século XVII as parteiras tentaram várias vezes se juntarem ao Colégio dos Físicos sem obter sucesso, sendo que até o ano de 1750 estas representavam o melhor em termos de conhecimentos e práticas, e somente a partir do século XVIII é que os estudantes de medicina passam a freqüentar as maternidades européias. A competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. Sem acesso ao conhecimento e às universidades e subordinadas aos cirurgiões e físicos, as parteiras foram aos poucos perdendo sua hegemonia na prática obstétrica¹⁵.

Assim com a nova obstetrícia, as mulheres começaram a chamar os médicos para realizar os seus partos, por acreditarem que estes poderiam oferecer serviços mais seguros que a parteira, como o uso de fórceps, sangrias e o ópio para aliviar as dores¹⁰.

Até o século XVIII, a mortalidade materna era muito elevada, e a mudança do local do parto para o hospital foi essencial para a descoberta de antibióticos, técnicas cirúrgicas e uso de anestésicos, além da consolidação da prática médica neste campo. O maior obstáculo para a hospitalização do parto foi a ocorrência de infecção puerperal nas mulheres atendidas neste local. A partir do século XIX, com as descobertas científicas relativas à bacteriologia e antibioticoterapia, assepsia das salas cirúrgicas e anestésicos, resultou em uma diminuição na mortalidade materna contribuindo para uma melhor aceitação do ambiente hospitalar como local para o parto¹⁵.

Nos países industrializados, no final do século XIX e início do século XX, mesmo com quedas nas taxas de natalidade, persistiam ainda altas taxas de mortalidade materna e neonatal, o que fez com que os governos começassem a se preocupar com o tamanho e a vitalidade das populações. Novos conceitos de saúde e de responsabilidade pela saúde são formulados, como o que a saúde do adulto depende da saúde da criança e que o Estado deveria atuar na saúde da mãe e da criança¹⁰.

No Brasil, no início da colonização, os partos eram assistidos pelas caboclas, portuguesas e negras, a maioria do estrato mais baixo da sociedade. E por volta de 1830, parteiras estrangeiras, principalmente francesas começaram a chegar, até que em 1832 foram criados os cursos de medicina e farmácia para homens e de partos para mulheres nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador¹⁰. Também aqui, como em outras partes do mundo as parteiras eram as principais atendentes ao parto até meados do século XX e aqui também os médicos estavam empenhados em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e disputavam sua clientela nos domínios da parteira¹⁰.

No Brasil, o processo de substituição no âmbito legal das parteiras pelos médicos não permitia que essas permanecessem atuando na assistência ao parto. Outras mudanças assistenciais que vieram juntamente com esta transformação envolvendo o parto foram: profissionalização, masculinização,

elitização, embranquecimento, urbanização, cientificização, patologização e cientificismo, “bio-quimicalização” e esquadrinhamento. Estes elementos seriam identificados com o ambiente hospitalar (nas maternidades) atendidos por médicos²⁰.

Vieira (1999), localiza no século XVI o surgimento da obstetrícia e a passagem do parto para o ambiente hospitalar, embora o século XIX seja marcante no processo de dissociação da assistência ao parto da figura das parteiras¹⁵.

As principais configurações históricas das práticas de assistência ao parto, e de sua relação com a construção dos gêneros, relacionando as diferentes formas de articulação entre gênero, sexualidade, reprodução e poder nos vários períodos e contextos históricos estudados foram apresentadas por²¹. Segundo a autora no século XIX, a construção do conhecimento científico operou a transformação da reprodução e do parto em eventos patológicos e de risco. O modelo biomédico que emergia, concebia o corpo feminino como normalmente defeituoso e dependente da tutela médico -cirúrgica, o que orientou uma concepção de parto como evento de risco, conseqüentemente, indicando um modelo de prevenção a esse risco, ou seja, um modelo preventivo ao parto natural²¹.

Sendo assim, o parto passou de um processo natural para um procedimento controlado, ou seja, deixou o ambiente domiciliar e passou ao âmbito hospitalar, de domínio médico; a parteira afastou-se da assistência direta; os meios farmacológicos substituíram outras formas de alívio da dor e as mulheres passaram a permanecer sozinhas por longos períodos, sendo monitoradas à distância. Esses acontecimentos contribuíram para a desumanização da assistência e o aumento de ações intervencionistas, como a cesárea, e ainda colaboraram para que grande parte do calor humano, da parceria, da feminilidade e da alegria fossem eliminados do ritual do parto²².

Atualmente no Brasil, as parteiras tradicionais na sua grande maioria são mães de família, o que lhes concede maior sensibilidade e compreensão para com as mulheres na hora de dar à luz, ou podem também exercer outras funções, trabalharem na zona rural ou em pequenos negócios. Em algumas regiões viajam a pé, a cavalo, em barcos, e às vezes devido às dificuldades de locomoção passam vários dias na casa da parturiente à espera do parto. Elas

rezam implorando a proteção dos santos, cantam canções de conforto e estímulo, abastecem a casa de tudo o que é necessário, auxiliam nos trabalhos domésticos, no cuidado das crianças, assistem as mães no pós-parto, observando sintomas e orientando sobre registro de nascimento e vacinação¹².

1.2 A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO E OS SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO

Conforme a assistência ao parto foi se inserindo no ambiente hospitalar, foi prevalecendo na instrumentalização dos procedimentos, a lógica tecnocrática centrada no profissional médico, impondo-se normas e rotinas biomédicas, retirando o caráter de processo fisiológico do evento. Em nome de um “bebê perfeito” como resultado final do processo, justificavam-se os meios intervencionistas desde meados do século XX, aumentando, acelerando, regulando e monitorando o processo fisiológico do parto. O uso desenfreado dessas tecnologias na assistência ao parto trouxe como consequência um aumento da morbidade materna e perinatal, e a desincorporação de intervenções danosas tornou-se um problema. Surgem assim, no final do século XX, movimentos em todo o mundo que tentam reverter esse quadro, oferecendo uma assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos, em todas as especialidades médicas, e no Brasil esse movimento recebe o nome de “Humanização”^{23;24}.

A humanização da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate ao respeito do acompanhamento do trabalho de parto e parto como evento fisiológico, oferecendo suporte emocional à parturiente e ao seu acompanhante e respeitando os desejos da mulher para que os acontecimentos desse momento sejam vivenciados na sua plenitude⁶.

Este conceito tem sido ampliado para incluir também o espaço físico onde trabalho de parto e parto acontecem, reforçando a idéia de que esta não é uma situação de doença. A concepção do espaço físico humanizado, implica na idéia de que estes locais não pareçam um ambiente hospitalar, devendo ser acolhedor e oferecer mais liberdade de movimentação para a parturiente⁶.

Para Rattner et al (2005), humanizar não é tratar educadamente, fazer carinho, adocicar a voz para mal esconder o drama, a dor de quem sofre ou ansiedade de quem está diante do desconhecido ou do incerto. Humanizar é envolver-se com as pessoas, para melhor entender seus medos, suas alegrias, suas ansiedades, suas expectativas, e poder de algum modo, ajudar, solidarizar-se. Humanizar é entender que há momentos fáceis e alegres e outros difíceis e cruéis, que a vida reserva a todos e dos quais não escapamos²⁵.

Jones (2002), admite que para a maioria das pessoas falar em humanizar é referir-se a tratar as pacientes com mais gentileza e mais humanidade, numa abordagem menos agressiva e mais racional do manejo das internações. Porém na sua visão, parto humanizado tem a ver com a posição em que a parturiente ocupa neste cenário, devendo ser manejado de forma feminina, pois enquanto o nascimento for manejado de forma masculina ele nunca será verdadeiramente humanizado²⁶.

Em pesquisa realizada por Diniz (2005), a autora discute os vários sentidos do termo humanização: humanização como a legitimidade científica da medicina orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia; humanização como a legitimidade e defesa dos direitos das mulheres (crianças e famílias) na assistência ao nascimento; humanização com a legitimidade epidemiológica ou de saúde pública; humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto; humanização como legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; humanização como direito ao alívio da dor – analgesia de parto”. Esses conceitos são recriados pelos vários atores sociais que os utilizam como instrumento de mudança²⁴.

Para Deslandes (2004), a humanização do atendimento abrange fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para: a democratização das relações que envolvem o atendimento; o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente; o reconhecimento dos direitos do paciente; de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do

processo terapêutico. Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo²⁷.

Rattner et al (2005) colocam ainda que a humanização na assistência ao parto implica: respeito no acompanhamento do processo fisiológico de forma a contribuir para a evolução natural e corrigir os desvios da normalidade; respeito à individualidade e à integralidade da mulher oferecendo o suporte emocional necessário nesse processo de muitas ansiedades e assegurar a presença do acompanhante²⁵.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, e o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. Dessa forma, estabelece que para haver humanização deva haver: compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, assentados, quilombolas, etc.); fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instância gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente²⁸.

1.3 UM BREVE HISTÓRICO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NO BRASIL

O processo de humanização no cenário internacional e no Brasil, contou com iniciativas que ajudaram a culminar uma grande mudança no conceito das políticas públicas de saúde da mulher.

No cenário internacional, a corrente que preconizava a naturalidade do parto começou a ser difundida com os trabalhos de Grantly Dick Read em 1940 (*Childbirth Without Fear*), que começava a considerar o enfoque psicológico do parto, particularmente no que se refere à dor. Read percebeu que, no hospital, as mulheres se sentiam tensas, com medo, sozinhas e pariam com dificuldade; era necessário, por isso, intervir, não só sobre o seu estado físico, mas também sobre o seu estado psicológico. A partir dessa observação começou a preocupar-se com a necessidade de vencer tais temores, desde o medo da dor e do risco inerente ao parto, até o medo, mais recente, causado pelo ambiente hospitalar, informando as mulheres acerca do que lhes iria acontecer, ensinando-as a colaborar de forma ativa no nascimento do filho e diminuindo, assim, a dor. Com isso, o parto passa a ser caracterizado de forma bidimensional, envolvendo os aspectos psicológicos e fisiológicos da parturiente²⁹.

Na Rússia Velvovski e Platonov, neuropsicólogos a partir de 1920, desenvolvendo as idéias de Pavlov e as aplicações terapêuticas da hipnose em geral, tentaram conseguir a analgesia do parto. E em 1947, com a colaboração dos tocólogos V. Ploticher e E. Chugon, criaram o método psicoprofilático³⁰.

Lamaze foi à Rússia conhecer os serviços e ficou impressionado com a tranqüilidade com que as mulheres davam à luz; e em 1956 introduziu o método na França, expandindo-o para a América do Sul³⁰.

Esses médicos preocuparam-se em recuperar o protagonismo das mulheres no processo do parto, ressaltando que elas detinham condições inatas de – desde que educadas para isto – atravessar o momento do parto de forma não traumática. Esses médicos estavam sintonizados com a crescente demanda de mulheres que os procuravam e que vinha aumentando em setores médios. Também censuravam as campanhas natalistas dos governos europeus, que haviam marcado o pós-guerra, e ainda, materializaram as críticas geradas pelas disciplinas pasteurianas, entre elas, a separação do

bebê de sua mãe, as técnicas artificiais de nutrição, bem como a submissão da gestante às rotinas e normas médicas³¹.

O objetivo desse método era de que a gestante se preparasse para o parto, o que lhe permitiria não perder o controle das emoções, sobretudo durante o trabalho de parto, ocasião em que uma grande parte delas padece de dores muito fortes. A idéia era devolver às mulheres seu protagonismo no parto e libertá-las do peso do imaginário católico-cristão, sobre suas mentalidades, de tal forma a fazerem-nas perder a capacidade de suportar a dor, considerada uma condição humana, desde que treinada³¹.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher ao longo da década de 40. Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil¹.

Na década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e os Escritórios Regionais da Europa e América da OMS (Organização Mundial de Saúde) realizaram três conferências de consenso sobre tecnologia apropriada para o pré-natal, parto e nascimento. A primeira foi realizada em Washington, tendo como principais temas abordados os cuidados no pré-natal, fatores sociais e a gestação, recursos humanos no cuidado pré-natal, vigilância, pesquisa e tecnologia apropriada ao parto e ao nascimento³².

A segunda reunião aconteceu em Fortaleza no Brasil, em 1985 e fez uma série de recomendações baseadas numa variedade similar de práticas, gerando a “Carta de Fortaleza”³³. Uma das críticas feitas era que apesar da ênfase crescente da medicina baseada em evidências, muitas dessas práticas continuam a ser comuns, sem considerar sua eficácia e segurança e o seu valor para as mulheres ou seus filhos. Esta foi a primeira vez em que uma reunião envolvendo peritos em obstetrícia de todas as regiões da OMS teve a oportunidade de esclarecer, à luz dos conhecimentos atuais, qual é o papel de tais práticas na assistência ao parto normal³³. Após discutir as evidências, o grupo de trabalho classificou suas recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias:

A- *Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas*: monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento; oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto, entre outras;

B- *Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas*: esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto; infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto, entre outras;

C- *Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão*: pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto; clampeamento precoce do cordão umbilical; estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação, entre outras.

D- *Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado*: estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário; uso liberal ou rotineiro de episiotomia; exames vaginais repetidos e freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviços; entre outras³³.

A terceira conferência realizada em Trieste, na Itália, em outubro de 1986, gerou o documento conhecido como “Carta de Trieste”, *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*. Nesta, houve a ênfase de que certos direitos são fundamentais para atitudes e práticas na atenção ao parto, nascimento e pós-parto, tais como: o da escolha da mulher sobre o local do parto e do profissional; o de ter sua integridade e privacidade preservadas; o do respeito ao nascimento como uma experiência pessoal, sexual e familiar e o da proteção das crianças contra abusos e maus-tratos. Neste documento se

destaca a difícil transição para as mulheres em tornar-se mãe e recomenda que a família e seu sistema de suporte de parentes e amigos precisam entender e estar preparados para as mudanças após o parto e que os planejadores e profissionais de saúde devem considerar a saúde da mulher e a do bebê³⁴.

A partir de então a OMS tem apoiado vários grupos de profissionais em todo o mundo, preocupados em discutir os limites das intervenções sem os respectivos resultados e a falta de consenso sobre os melhores procedimentos³⁴. Vários grupos de profissionais passaram a se organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, baseando-se em estudos de epidemiologia clínica, iniciando um esforço que se estendeu mundialmente³⁴.

Um dos resultados mais importantes foi a publicação da revisão sistemática de cerca de 40 mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Este trabalho de uma década foi coordenado por obstetras, contou com um esforço conjunto de mais de 400 pesquisadores, que realizaram uma revisão exaustiva de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950. Essa iniciativa foi chamada de “Iniciativa Cochrane” e a base de dados armazenados foi chamada de “Biblioteca Cochrane”, em homenagem ao epidemiologista Archie Cochrane, um grande entusiasta deste movimento. Os resultados foram mundialmente divulgados e ficaram conhecidos como “Atenção Baseada em Evidências Científicas”. Essa iniciativa apontava para o uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências para tomar decisões³⁵.

Na década de 80 no Brasil, ocorreram algumas iniciativas locais voltadas para a redução da mortalidade materna, sendo uma das mais importantes o projeto desenvolvido por Galba de Araújo no Ceará para integrar as parteiras leigas ao sistema de saúde local, que teve o intuito de melhorar a assistência, reduzindo riscos respeitando a cultura local¹.

Em 1982, foi realizado o I Encontro sobre Alojamento Conjunto em Brasília, reunindo especialistas, pediatras, obstetras e administradores de maternidades de todo o Brasil, que elaboraram um documento de orientação e implementação desse dispositivo nas maternidades, que recomenda que o recém-nascido permaneça junto da mãe durante a internação e o incentivo ao

aleitamento materno. Essa prática embora imbuída de aspectos humanísticos, pode se tornar desumanizante se mãe e filho não receberem os cuidados adequados em função da falta de pessoal e de estrutura de apoio ou mesmo quando a mulher, por qualquer razão não queira ter seu filho ao lado³⁶.

No tocante, às reflexões relacionadas ao modelo assistencial dominante, houve um impulso no final da década de 1980, a partir dos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, especialmente pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais, reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico³⁷. Esse movimento pautou-se sob um conjunto de atores sociais: organização dos direitos das mulheres, feministas, profissionais de saúde, pessoas ligadas à temática, que mobilizou a sociedade civil para estabelecer mudanças nas práticas assistenciais e nos serviços de saúde²⁴.

Esse movimento questiona a medicina tecnocrática e o uso excessivo de suas tecnologias no processo parturitivo que compreende o parto como um evento de risco em potencial. Tal compreensão também é contraposta pela OMS, que conceitua o parto como processo natural e fisiológico da vida sexual e reprodutiva da mulher³³.

Em 1984, em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incluía a assistência pré-natal, entre outras. O PAISM é um marco na história das políticas de públicas voltadas para a saúde das mulheres e até hoje é inspiração e referência na luta pela equidade de gênero. Suas concepções repudiavam as políticas de controle demográfico, enfatizavam a importância de uma visão mais ampla e integral da mulher, questionavam a relação autoritária entre o profissional de saúde e o cliente enfatizando a importância das práticas educativas³⁸.

Na questão da assistência ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde reconhece que as tecnologias de saúde necessitam estar sujeitas a uma maior regulação e a parâmetros de utilização para promover efetividade e eficiência. destaca que o atual modelo dominante é muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenção. Os procedimentos, exames e drogas, muitos deles utilizados com pouco embasamento em evidência científica podem envolver

riscos desnecessários para as mulheres e seus filhos, aumentando a possibilidade de ocorrências de iatrogenias¹.

Em 1990, houve um encontro para estabelecer ações que resgatassem a prática da amamentação em Ospedale Degli Innocenti, na Itália, com o objetivo de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudassem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno³⁹.

O Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), deram os primeiros passos³⁹.

Essa prática foi assumida pelo Ministério da Saúde como ação prioritária e desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem capacitado profissionais, realizado avaliações, reavaliações e estimulado a rede hospitalar para o credenciamento dos hospitais. Nestes hospitais, as mães são orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando os índices de aleitamento materno exclusivo e reduzindo a morbimortalidade infantil³⁹. Os passos são os seguintes:

- 1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.*
- 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.*
- 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.*
- 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.*
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.*
- 6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.*
- 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.*
- 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.*
- 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.*
- 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.*

Para que um estabelecimento assistencial de saúde consiga receber o título, são realizados vários treinamentos para os profissionais que trabalham diretamente nas maternidades e nas salas de parto, com intuito de que possam realmente prestar assistência de qualidade com embasamento científico. A pauta dos treinamentos geralmente se refere a cursos sobre aleitamento materno e humanização da assistência³⁹.

Representantes de grupos e entidades ligadas à questão do modo de nascer se reuniram em Campinas, em 1993, para discutir questões relacionadas às condições das maternidades e tipos de parto, com o objetivo de identificar e estimular iniciativas capazes de possibilitar um nascimento mais humanizado, sendo fundamental na estruturação do movimento de humanização do parto/nascimento. Neste evento foi lançado um manifesto de apoio ao parto normal “A Carta de Campinas”³². Os participantes se organizaram e constituíram uma rede, a ReHuNa, uma organização da sociedade civil, que vem trabalhando para reunir e representar pessoas e instituições que acreditam na Humanização do Parto e Nascimento como um Direito Humano a serviço da melhoria da qualidade de vida, da democratização do conhecimento e da educação para a Paz. E tem como objetivo principal a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas⁴⁰.

Em 1994 foi estabelecida a Portaria Nº 1.113, do Ministério da Saúde, assegurando o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, a Hospitais Amigo da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde³⁹.

Em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a FEBRASGO, UNICEF e OPAS, lançou o Projeto Maternidade Segura, o qual estabelece um conjunto de parâmetros e procedimentos técnicos e de avaliação de serviços, denominado de “*Oito passos para a maternidade segura*”: O documento propõe adequada orientação às gestantes, o aumento da cobertura assistencial, e a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde. Os passos propostos para atingir os objetivos são:

1. *Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.*

2. *Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e ao planejamento familiar.*
3. *Incentivar o parto normal e humanizado.*
4. *Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.*
5. *Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.*
6. *Possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal.*
7. *Possuir arquivo e sistema de informação.*
8. *Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.*

Esse projeto pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, por meio da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido⁴¹.

Em 1998, o Ministério da Saúde reconhece a contribuição da assistência humanizada prestada pela enfermeira obstetra nos hospitais públicos, incluindo na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento parto normal sem distócia realizado por este profissional, por meio da Portaria GM/MS 2.815, de 29 de maio de 1998⁴².

Em 1999, o Ministério da Saúde instituiu o “Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo” em homenagem ao médico obstetra que trabalhou junto às parteiras no nordeste e foi exemplo de respeito e atenção à gestante e ao recém-nascido. O prêmio tem como objetivo reconhecer e incentivar as unidades de saúde que se destacam pelo atendimento humanizado às mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, e aos bebês. Na avaliação são consideradas a qualidade do atendimento – como o acolhimento e as práticas obstétricas humanizadas, a organização institucional, a satisfação das usuárias e o caráter criativo e inovador das iniciativas de humanização do nascimento⁴³.

Ainda em 1999, foi criada pelo Ministério da Saúde a Portaria GM/MS 985/99 - que regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto. Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias. Esta portaria foi criada considerando a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, em sua plena universalidade. Resolve que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal; a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da

assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis⁴⁴.

A questão da humanização e da qualidade dos serviços começou a aparecer mais efetivamente a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, intitulada Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à saúde com Controle Social, realizada no ano 2000 e se consolidaram após os resultados de uma pesquisa com os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), que revelaram uma repetitiva história de maus tratos sofridos na busca por atendimento nos hospitais da rede. Em maio de 2000, o Ministério da Saúde apresentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo mais amplo é a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde⁴⁵. Para isso, foram implantados núcleos de humanização em 96 hospitais em diversas regiões do país. Um comitê técnico foi designado pelo MS e foram criados grupos de multiplicadores responsáveis pela divulgação do PNHAH em todo o país por meio das Secretarias de Saúde, pela capacitação técnica dos representantes das unidades e pelo acompanhamento e supervisão dos trabalhos realizados nos hospitais⁴.

O PNHAH foi implementado como uma iniciativa para buscar estratégias que pudessem melhorar a relação humana entre os usuários do sistema e os profissionais de saúde, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade que o serve, com a finalidade de melhorar todo o sistema público de saúde⁴⁵.

O projeto de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS, exigindo mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde.

Ainda no ano 2000, foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Através de um conjunto de Normas e Portarias com estrutura de incentivos financeiros específicos, com o objetivo de garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto, estimulando a organização da assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério ampliando o acesso das mulheres, garantindo a qualidade e consolidando a atenção obstétrica integral, associada à afirmação dos direitos da mulher, incorporados como

diretrizes institucionais (MS/ GM 569, 570,571,572, de 01 de junho de 2000)⁴⁶.

Os objetivos mais relevantes do programa são:

- *Reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;*
- *Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neonatal;*
- *Estimular o processo da assistência obstétrica e neonatal definindo mecanismos de regulação e criando fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;*
- *Integrar e regular o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar e o controle dos leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade da assistência;*
- *Aprimorar a assistência à saúde da gestante com a implantação de redes de assistência à gestação de alto risco, com incremento do custeio e investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.*

Em 2004, foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS). Esta política foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo" e tinha o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos⁴⁷.

Em 2005 é sancionada a Lei Nº 11.108, e publicada no Diário Oficial, em 08/04/2005, alterando a Lei Nº 8.080 para garantir às gestantes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, rede própria ou conveniada. Esta lei foi resultado da luta de vários agentes, especialmente da Rede de Humanização do Nascimento, no entanto, a lei em si, não é segurança para a sua implementação e aplicabilidade, se os profissionais de saúde não abrirem espaço nos serviços do qual fazem parte, uma vez que a estrutura física muitas vezes não é a mais apropriada e muitos profissionais se sentem coagidos com a presença de alguém que pode servir de testemunha a favor da paciente, caso algo fora do esperado venha a ocorrer⁴⁸.

Em 2007, é sancionada a Lei Nº11.634, de 27 de dezembro, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde⁴⁹.

Em junho de 2008 foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA, RDC Nº 36, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal que tem como objetivo estabelecer padrões para o funcionamento desses serviços fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa⁵⁰.

A RDC Nº 36 de junho de 2008 que entre outras coisas, estabelece no seu item 5.6 – Processos Operacionais Assistenciais:

5.6.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

5.6.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

5.6.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

5.6.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

5.6.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

5.6.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;

5.6.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;

5.6.6.6 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

5.6.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

5.6.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

(RESOLUÇÃO RDC Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008, p. 4)

O cuidado prestado à mulher durante o processo de parto e nascimento vem passando por transformações e os pontos apresentados foram fatores que

de alguma forma têm impulsionado a necessidade de mudança dos paradigmas até então propostos.

Todas essas iniciativas no âmbito das políticas públicas abriram o caminho para que os profissionais de saúde, gestores, governantes e a população pudessem ter um diálogo a respeito do que precisa ser transformado, melhorado e abolido nas práticas referentes ao nascimento, mas faz-se necessário a valorização do protagonismos desses atores e de processos mais participativos assentados no direito a saúde.

1.4 MODELOS ASSISTENCIAIS QUE INFLUENCIARAM AS PRÁTICAS DE CUIDADO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

No curso da história, a sociedade ocidental desenvolveu dois modelos de assistência ao parto: o modelo americano e o modelo europeu. O modelo americano é caracterizado pela institucionalização do parto, utilização intensiva de novas tecnologias, incorporação de um grande número de intervenções, o médico é o profissional responsável pelo processo mesmo quando não há distócias. O modelo europeu privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, faz uso apropriado da tecnologia e é pouco intervencionista. O parto pode acontecer na casa da parturiente, em casas de parto ou em ambulatórios, sendo o hospital reservado para casos de complicações. Há o incentivo à presença do acompanhante e a parturiente é livre para escolher as posições que achar mais confortável durante o pré-parto e parto, sendo a enfermeira obstétrica a profissional de escolha para partos eutócicos²⁵.

Nos Estados Unidos, país exportador do modelo de assistência ao parto e nascimento, o índice de institucionalização do parto chega a 99%. Um parto tipicamente americano é aquele atendido por obstetra, conduzido e orientado pela tecnologia, são realizados tricotomia, enema, analgesia medicamentosa, utilização de ocitocina e episiotomia. A mulher ao dar entrada no hospital é tratada como paciente, o poder decisório e a responsabilidade sobre seu tratamento são depositados nos médicos e na instituição⁵¹.

Em 2007 nos Estados Unidos a taxa de cesariana foi de 31,8%, marcando o 11º ano de aumento dessa taxa, a taxa de partos prematuros foi de 12,7%. Em 2004, a taxa de episiotomia no ano de foi de 24,4%, a de laceração espontânea foi de 3,5% e a taxa de laceração por episiotomia foi de 15,3%⁵².

Na Holanda, que é um dos países que mais faz parto domiciliar na Europa, a atenção prestada às gestantes durante o período pré-natal é realizada predominantemente por parteiras as chamadas *vrutvrouwen*, e por médicos de família em unidades fora do hospital⁵³.

Este modelo está pautado em quatro pilares: a situação da parteira é protegida pelo Estado; possuem um sistema de *screening* para gestações de alto risco universalmente aceito; possuem um sistema de referência e contra-referência bem organizado; o paradigma hegemônico é o de que a gravidez, o parto e o nascimento são considerados como eventos naturais e fisiológicos, sujeitos à menor taxa de intervenção possível sem comprometer a segurança⁵³.

A Holanda apresenta uma média de 200 mil partos por ano, dos quais 43% são realizados por parteiras autônomas, 14% por médicos de família e 43% por obstetras. A taxa de mortalidade infantil é significativamente menor que nos EUA, a taxa de cesárias está em 7%, a taxa de episiotomias é de 6%, sendo que nos EUA é de 90%. O motivo dessas taxas está no tempo que as parteiras dão às mulheres para que os tecidos perineais se expandam no momento do parto, também se utilizam de massagens perineais, compressas mornas e uma boa flexão da cabeça para evitar a episiotomia e a laceração⁵³.

A organização dos serviços de maternidade na Dinamarca, Suécia e Holanda foram estudadas pela *World Health Organization European Headquarters Office of Maternal and Child Health* e verificou-se que as parteiras são altamente respeitadas e são a figura central dos cuidados obstétricos nestes países. Na Dinamarca e na Suécia, quase todos os partos são hospitalares e as parteiras são funcionárias do sistema nacional de saúde⁵⁴. Na Holanda as parteiras são remuneradas pelo Estado e pelos seguros de saúde privados, 75% são autônomas nas suas práticas e 34% das mulheres têm partos em casa. Nestes países as parteiras são as responsáveis pelo atendimento das gestantes saudáveis, e não há dúvidas de que elas são

essenciais para a obtenção dos excelentes resultados maternos e perinatais observados⁵⁴.

No Brasil vigora um modelo de atenção ao parto, inspirado no modelo americano, em que este é definido como um evento médico, carregado de risco potencial e dessa forma, as gestações são classificadas como de baixo, médio e alto risco. E de acordo com esta concepção, os serviços de saúde do SUS pelo princípio da hierarquização na organização dos serviços, está dividido segundo a complexidade das ações desenvolvidas em: níveis de atenção primária (atenção básica), atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (atenção de alta complexidade)²⁵.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres e envolve também suas famílias e a comunidade e nesse modelo, denominado médico ou tecnológico, a gestante é tratada como paciente, os partos ocorrem em sua maioria, em ambiente hospitalar, sendo o médico o profissional responsável pela assistência, com utilização intensiva de intervenções obstétricas. Essa visão médica abstrai a gravidez do restante da experiência de vida da mulher, tratando-a como episódio médico isolado. Os significados que as mulheres atribuem às experiências de gravidez e nascimento são ignorados e seus sentimentos e sua satisfação com o cuidado são considerados menos importantes do que sua segurança e a de seu bebê⁵⁵.

Como afirma Rattner (2005), se faz necessário encontrar novas maneiras de fazer com que a mulher passe a ter maior controle sobre o processo de parturição e que seja respeitada no direito ao exercício de escolha sobre posições de parto e escolha do acompanhante, para que ela possa ter o suporte emocional de uma pessoa próxima, para compartilhar essa experiência. A formação do vínculo com o profissional de saúde, e o suporte emocional que esse profissional pode propiciar à parturiente também é um aspecto importante no acompanhamento do processo do parto²⁵.

1.5 O CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL

A saúde da mulher é prioridade no contexto da gestão federal do SUS, em acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde, das Metas do Milênio e diversos acordos nacionais e internacionais. No âmbito do Distrito Federal esta prioridade se reafirma e na atenção básica ela ocupa espaço privilegiado, especialmente nas ações referentes à redução da mortalidade materna, ao planejamento reprodutivo, humanização e qualificação da atenção obstétrica. A SES-DF dispõe dentro de sua Rede de Assistência à Saúde de 66 Centros de Saúde, 89 Equipes de Saúde da Família e 12 Hospitais⁵⁶.

A melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional composta por: agente comunitário de saúde – ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e, adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade⁵⁶.

Também são previstas atividades educativas possibilitando às mulheres maior conhecimento de seu próprio corpo, facilitando o exercício da sexualidade, alertando sobre os problemas mais comuns de saúde e de como é possível prevenir doenças e promover a saúde como fator de melhoria da qualidade de vida⁵⁶.

Após a implantação do Programa de Humanização em 10 hospitais públicos do território Nacional no ano 2000 como programa piloto, em 2001, foi feita a ampliação para mais 94 hospitais públicos, incluindo o Hospital Regional da Asa Norte e o Hospital Regional da Asa Sul em Brasília no Distrito Federal. O programa que foi apresentado aos representantes do Conselho de Saúde do Distrito Federal, consistia em promover um atendimento de qualidade aos pacientes e usuários por meio da mudança de cultura do profissional de saúde⁵⁷. Em agosto de 2002 foi ampliado para toda a rede e o plano de ação incluiu treinamentos, palestras e parcerias visando capacitar os servidores para proporcionar um atendimento mais humano aos usuários. Representantes da Secretaria de Saúde, do Hran e Hras - onde o programa foi implantado há mais

tempo, treinaram os funcionários da rede para serem multiplicadores desta filosofia, que se baseia em três pilares: moral, ética e atendimento⁵⁷.

No tocante à assistência ao parto a Secretaria de Estado da Saúde do DF dispõe dentro de sua rede de assistência 12 Hospitais que estão disponíveis nos seguintes serviços:

- Assistência à gestação de Alto Risco (ambulatório e internação) - Presente em 6 hospitais regionais (Hospital Regional da Asa Sul, Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional da Ceilândia e Hospital Regional do Gama).
- Assistência ao casal infértil /Reprodução Humana (ambulatório e procedimentos cirúrgicos) - Presente em 5 hospitais regionais (HRAN, HRAS, HRG, HRT e HRC).
- Serviço de Reprodução Assistida - Presente no HRAS.
- Assistência oncológica (ambulatório e procedimento cirúrgicos) - Presente em 7 hospitais (HRC, HRAS, HRAN, Hospital de Base do Distrito Federal, HRS, HRT e HRG).
- Assistência ao climatério (ambulatório) - Presente em 3 regionais (HRAS, HRAN, HRC).
- Assistência infanto-puberal (ambulatório) - Presente em 3 hospitais regionais (HRAS, HRAN e HRC).
- Assistência ao parto e puerpério - Presente em 10 hospitais regionais (HRAS, HRAN, HRT, HRC, HRG, HRS, Hospital Regional de Brazlândia, HRP, HRPa, Hospital Regional de Samambaia).
- Casa de parto (assistência ao parto de baixo risco) - 01(uma) Casa de Parto, localizada em São Sebastião, que tem como referência o Hospital Regional do Paranoá e Hospital Regional da Asa Norte.

A Casa de Parto de São Sebastião inaugurada em 2001, está de acordo com o estabelecido pela Portaria GM/MS 985/611 de 05/08/1999 e tem por objetivo preservar as características de um parto domiciliar e devolver ao nascimento sua dimensão social e fisiológica, criando a oportunidade para as mulheres que querem ter um parto natural e humanizado, com uma abordagem

diferente do que ocorre em ambiente hospitalar tradicional, podendo inclusive ter a presença do pai, o que não é permitido em outras maternidades do DF⁴⁴.

A Casa de Parto de São Sebastião foi criada em afinidade com as diretrizes do MS para a humanização do atendimento ao parto e puerpério. Atualmente é o único lugar no DF onde a enfermeira obstetra vem atuando na condução do parto normal sem distócia nos moldes da Portaria GM/MS 2.815 de 29 de maio de 1998 e Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86. O qual estabelece que a enfermeira obstetra tem habilitação para prestar assistência pré e pós natal; realização do parto natural (se necessário com aplicação de bloqueio anestésico locorregional, episiotomia e episiorrafia, identificação de distócias, e tomada de providências até a chegada do médico, realização de consultas primárias, atendimento e orientação no planejamento familiar e no controle do câncer cérvico uterino e mamário⁵⁸.

O Distrito Federal conta com 11 maternidades que possuem o título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), são eles: Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional da Asa Sul, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional da Ceilândia, Hospital Regional do Gama, Hospital Regional de Brazlândia, Hospital das Forças Armadas, Hospital Universitário, Hospital Regional da Asa Norte, Unidade Mista de São Sebastião, lista atualizada em janeiro de 2009³⁹.

A concessão do título às 11 maternidades mencionadas embora se configure como avanço no cuidado ao parto e puerpério, não pode ser considerada como um grande diferencial na assistência, uma vez que obtido o título os responsáveis pela educação continuada das maternidades não tem se preocupado em continuar investindo no conhecimento dos novos profissionais admitidos ou mesmo com programas de treinamento em serviço no intuito de trazer novos conhecimentos para os funcionários que já participaram dos primeiros treinamentos no momento da obtenção do título.

Observo em função da minha prática profissional na rede pública do Distrito Federal, a presença de fatores dificultadores para contemplar de forma mais abrangente os requisitos e às recomendações proposta pela IHAC. Essas dificuldades são procedentes muitas vezes de ordem institucional: como edificações não apropriadas, organização dos espaços físicos, preparo

profissional para atender às diretrizes da PHPN, condições de trabalho com sobrecarga física e psíquica dos funcionários e de ordem da clientela há os fatores culturais, como por exemplo, mães que não desejam amamentar porque na sua família não existe a tradição e principalmente pela falta de informação sobre aleitamento materno.

No que se refere à rede de saúde privada, há hospitais que possuem projeto de humanização para gestantes, no qual as grávidas recebem atendimento especial com o intuito de prepará-las para o momento do parto. O centro obstétrico possui música ambiente e há contenção na luminosidade na hora do nascimento. O pai, por sua vez, pode acompanhar todo o procedimento e cortar o umbigo da criança na salinha do bebê. Todos esses detalhes certamente fazem a diferença e encorajam as mães a optarem pelo parto natural. A equipe médica é devidamente treinada para partos normais realizados em diversas posições, como a tradicional ou de cócoras. A maternidade dispõe de meios para preparar e relaxar a mãe, como bola suíça - que propicia exercícios que ajudam na dilatação - ou apoios para a fase ativa do trabalho de parto. Ao nascer o bebê fica em berço aquecido e toma banho no tummy tub, que é um balde especial que simula o útero da mãe⁵⁹.

O projeto desenvolvido pelos hospitais também incluem um curso de gestantes, no qual os futuros papais e mães recebem orientações sobre os cuidados com o bebê de pediatras, anestesistas e enfermeiras. O psicólogo, por sua vez, traz informações sobre questões emocionais surgidas antes e após o parto⁵⁹.

Outros hospitais incentivam o parto humanizado, oferecendo suítes exclusivas para as gestantes com uma banquetta de parto natural, bola suíça, entre outros objetos, isolamento acústico, barras nas paredes para acocorar e agachar, colchão de casal e banheira para relaxar durante o trabalho de parto⁵⁹.

CAPÍTULO 2 OBJETIVOS

Esta pesquisa teve por objetivo geral conhecer as percepções das enfermeiras sobre o processo de humanização e, quais as práticas desenvolvidas na atenção ao parto e nascimento quanto a conformidade com as práticas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e pelas Políticas de Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. E estabeleceu por objetivos específicos: caracterizar o perfil das enfermeiras que trabalham nas salas de parto; caracterizar a organização dos centros obstétricos; identificar quais as práticas realizadas que estão em conformidade com o preconizado pela OMS para o cuidado e a humanização do parto e nascimento; identificar a atuação das enfermeiras durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato.

CAPÍTULO 3 MÉTODOS

3.2 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Optou-se por trabalhar com os pressupostos da pesquisa social, tendo como condutor deste estudo o referencial teórico metodológico das Representações sociais (RS). A Teoria das Representações Sociais é um estudo de como, e por que, as pessoas compartilham as informações, tornando sua realidade comum⁶⁰.

O conceito desenvolvido por Moscovici (2007) demonstra a associação existente entre indivíduo e sociedade, e também o caráter móvel do social exercido pela forte influência do pensamento e construção individual⁶⁰.

O conceito de Representação Social designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, que constitui modalidades de pensamento prático orientado para a comunicação, à compreensão e ao domínio do mundo social, material e ideal⁶¹.

Para esta autora, a Teoria das Representações Sociais nos situa no ponto em que se interceptam o psicológico e o social, ou seja, a maneira como nós sujeitos sociais aprendemos os acontecimentos da vida diária, as características do meio ambiente, as informações que nele circulam, mostrando-se como um conhecimento de senso comum em contraposição ao pensamento científico⁶¹.

Em outras palavras, as representações sociais são formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), mas que não podem ser reduzidas à tais componentes, por serem socialmente elaboradas, compartilhadas e contribuírem para a construção de uma realidade comum possibilitando a comunicação¹⁷.

A teoria das Representações Sociais tem como marco inicial o referencial das Representações Coletivas, proposto por Émile Durkheim em

1912. Ele defendia a separação entre a representação individual - campo da psicologia - e as representações coletivas - campo da sociologia. Ele atribui o status de objetividade e autonomia às representações coletivas e em oposição, as representações individuais possuíam um caráter efêmero e instável⁶⁰.

A partir desse conceito deixado por Durkheim, Moscovici formula a Teoria das Representações Sociais (TRS).

As Representações Sociais, segundo Jodelet (2001), são formas de conhecimento, socialmente partilhadas e elaboradas para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Estas organizam e orientam as condutas do conjunto social em questão, como também suas formas de comunicação. É uma forma de saber prático que liga o sujeito a um objeto, manifestando suas características, numa relação de simbolismo e interpretação que resultam numa construção e expressão das Representações Sociais do sujeito, dando significado ao objeto em questão⁶¹.

As Representações Sociais tem o propósito de transformar aquilo que não é familiar ao sujeito, em familiar. Dessa forma, as RS são estruturadas em torno de duas dimensões: ancoragem e objetivação, que operam o processo pelo qual a RS passa a se tornar familiar para o sujeito, tornando-se real e socialmente conhecido e compartilhado⁶⁰.

A ancoragem é um processo que transforma algo em estranho e perturbador, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que pensamos ser apropriada. Em outras palavras, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras⁶⁰.

No processo da objetivação, a intervenção do social se traduz na forma dos conhecimentos relativos ao objeto de uma representação que se articula com as características do pensamento social, é a propriedade de se fazer concreto o abstrato, de materializar a palavra. Diante disso a objetivação pode ser definida como uma operação formadora de imagem e estrutura⁶¹.

Para Moscovici (2007), a objetivação transforma em objeto o que é representado, materializando o que é mental, reproduzindo um conceito em uma imagem. Esta dimensão transforma uma abstração em algo quase físico,

cristalizando a representação de forma a facilitar a visualização de um novo conceito⁶⁰.

O que se entende sobre humanização da atenção ao parto pode estar “mascarado” pela concepção do ser simpático e tratar bem as pacientes e pela existência de um “senso comum” sobre o que constitui o apoio à mulher em trabalho de parto nas ações dos enfermeiros que estão embasadas em um universo reificado⁶⁰.

Na teoria das representações sociais, a realidade é dividida entre o universo consensual e o reificado. O universo consensual é o mundo em que vivemos, enquanto o universo reificado é o mundo dos conceitos. No universo consensual, o ser humano está presente o tempo inteiro. Cada um participa com o saber que possui, falando na hora que achar propício, dando palpites, fornecendo informações, fazendo perguntas e tomando decisões pelo grupo. Tudo, nesse universo, é compreendido dentro dos paradigmas existentes, ou seja, com base no saber social adquirido e partilhado pela coletividade⁶⁰.

O universo reificado é um mundo mais formal. No lugar da individualidade, existe um sistema de classes e papéis a serem exercidos. Neste universo, as pessoas são vistas como desiguais, o que significa que cada um só pode participar de acordo com sua competência, ou seja, de posse do papel de profissional que lhe cabe. Assim, quando um profissional fala, não é sua opinião que está aparecendo, mas sim a verdade do grupo que ele representa como advogado, médico ou analista de mercado. Existe uma maneira certa de se comportar para cada situação, bem como uma linguagem especial a ser usada em cada momento, além de normas e leis, tudo organizado com rigor científico⁶⁰.

Embora nos últimos anos, tenha havido grandes esforços das políticas governamentais no sentido de “humanizar os serviços de atenção ao parto e nascimento”, é notório que ainda não se conseguiu atingir as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Considerando o exposto e entendendo que a articulação das dimensões afetivas, cognitivas e práticas dos enfermeiros, das mulheres e familiares, e a relação com o contexto social em que estão inseridos propiciam a construção social acerca das questões consideradas como objeto de estudo, elegeu-se os

pressupostos das representações sociais, como referencial teórico para dar suporte a análise dos discursos desta pesquisa.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em duas maternidades do Distrito Federal, sendo uma no Hospital Regional da Asa Norte, situado no Plano Piloto, Brasília e a outra no Hospital Regional do Paranoá, situado na cidade satélite do Paranoá

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram compostos por 12 enfermeiros que trabalham em sala de parto nos Hospitais Regionais do Paranoá e da Asa Norte em Brasília e que demonstraram interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Estes foram contatados pessoalmente pela pesquisadora no local do estudo, tendo sido utilizado o repouso dos enfermeiros ou a sala da chefia de enfermagem para a aplicação do questionário e realização das entrevistas, por serem locais mais tranquilos e sem muita interferência. Foram seguidos os preceitos da resolução CONEP 196/96, com a leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal em 28 de abril de 2009, sob protocolo nº 108/09, tendo sua aprovação em 02 de junho de 2009. Aos participantes, foram preservados o anonimato e sigilo das informações prestadas.

O critério para o estabelecimento de amostragem em pesquisa qualitativa não é definido a priori. Minayo (2000) propõe que: os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende investigar devem ser considerados em número suficiente, de tal forma que permita a reincidência das informações, sem que se desprezem outras informações relevantes; o conjunto de informantes deve ser diversificado de forma que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças; e a escolha do local e do grupo de observação deve

conter o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa⁶².

Constituiu critério de inclusão e de exclusão para a participação dos sujeitos na pesquisa: ser servidor da Secretaria de Estado da Saúde e em exercício efetivo no centro obstétrico, ter tempo de trabalho de no mínimo seis meses em centro obstétrico, tempo considerado necessário para se ter um conhecimento e crítica do funcionamento e organização do serviço.

No HRAN havia oito enfermeiros em exercício, no entanto, uma estava em licença médica há mais de um mês que se estendeu durante todo o tempo da pesquisa. Outra funcionária estava em período de férias e solicitou os abonos anuais para serem gozados após as mesmas, e desse modo, também ficou afastada durante o tempo da pesquisa. Apenas uma enfermeira se recusou a participar das entrevistas alegando não estar se sentindo bem, e quando perguntada se poderia participar em outro momento, ela manteve a recusa.

No Hospital Regional do Paranoá, havia 10 enfermeiros em exercício, sendo que uma estava em período de férias e outras duas possuíam menos de 6 meses de atuação no serviço.

3.4 COLETA DE DADOS

Este estudo foi composto de dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos, ou seja, aqueles que se referem aos dados sociodemográficos, e as respostas referentes às práticas realizadas pelas enfermeiras durante o pré-parto e parto foram armazenados em um banco de dados em programa de Sistema gerenciador de Base de Dados (Excel) e foram tratados por meio de freqüência absoluta, índices percentuais e apresentados em tabelas e gráficos. Foram organizadas seis tabelas e um gráfico, para melhor visualização dos resultados. Os dados qualitativos foram submetidos a análise de conteúdo temática de forma a identificar as percepções/representações, e será melhor exemplificada no item 4.5.

A coleta de dados foi realizada no período de 16 junho a 20 julho de 2009, nos centros obstétricos das maternidades do Hospital Regional da Asa Norte e do Paranoá, durante o turno de trabalho dos enfermeiros participantes do estudo.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário, entrevista aberta, observação de campo e análise documental.

O questionário segundo Grey (2001) é um instrumento planejado para reunir dados dos indivíduos a respeito de conhecimento, atitudes, crenças e sentimentos⁶³.

Foi utilizado questionário com questões fechadas e organizado em duas partes. A primeira parte abrangeu questões para caracterizar o perfil sociodemográfico e o preparo profissional dos enfermeiros, e a segunda parte com a finalidade de conhecer quais as práticas realizadas durante o trabalho de parto e parto que estão conforme o preconizado pela OMS.

Todas as enfermeiras contatadas e que aceitaram participar do estudo responderam o questionário após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista Para Ludke (1986) tem como vantagem de permitir a captação imediata e corrente da informação desejada com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos⁶⁴.

A entrevista aberta onde o entrevistador explora determinada questão conforme seu interesse na pesquisa, através de questões norteadoras que podem ser modificadas de acordo com as situações e características do estudo⁶².

Para a realização da entrevista foi utilizado um roteiro de entrevista com as seguintes questões norteadoras: Qual o significado da humanização da assistência ao parto e ao nascimento? Quais os cuidados oferecidos à mulher durante o trabalho de parto, parto, e puerpério? Como se desenvolve a relação entre a enfermeira e a mulher? Como se desenvolve o trabalho com os membros da equipe e forma de relacionamento entre a equipe? Como se dá a participação do acompanhante na sala de parto? Quais os pontos facilitadores e as dificuldades no atendimento à mulher? E Quais as sugestões para melhorar a humanização no serviço?

(Apêndice C).

As entrevistas foram encerradas no momento em que as falas foram sendo esgotadas ou repetitivas, seguindo os conceitos de Minayo (2000, p. 102), que considera que na pesquisa qualitativa a amostra não é numérica e sim, aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões⁶².

A observação de campo, ocupa um lugar privilegiado nas abordagens de pesquisa dentro da perspectiva qualitativa e por meio da utilização do diário de campo possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, enquanto este pode recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado⁶⁴.

A técnica da observação utilizada foi a não estruturada ou assistemática ou ocasional, mais empregada em estudos exploratórios e “consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas”. É caracterizada pelo fato de o conhecimento ser obtido através de uma experiência casual⁶⁵.

Utilizamos para o registro da observação assistemática o diário de campo para descrever o serviço, caracterizando sua estrutura física, recursos humanos, clientela atendida, práticas e rotinas desenvolvidas pelos profissionais. As observações foram realizadas nos dias em que não foram feitas as entrevistas gravadas, ou ainda, antes ou após as entrevistas, totalizando oito observações com um total 15 horas no HRAN e cinco observações com um total de 13 horas no HRPa. A observação ocorreu no período matutino e vespertino, nos dias da semana e finais de semana. Por ser pertimido fazer 18 horas de trabalho seguidas, quase todos os enfermeiros entram no período vespertino e continua no noturno, ou entra no noturno e continua a parte da manhã, dessa forma não foi realizada observação no período noturno.

A pesquisa documental foi realizada no Núcleo de processamento de dados (NUPROD) no HRAN e no Núcleo de coleta de dados (NUCOAD) no HRPa, com o intuito de obter as relações das produções hospitalares do ano de 2009, pois dados tão recentes não se encontram em banco de dados disponíveis ao grande público.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1977, p.42).

A análise de conteúdo tem por objeto a palavra, isto é, o aspecto individual da linguagem. Ela trabalha a prática da língua realizada, a palavra propriamente dita. E tem como objetivo procurar conhecer aquilo que existe por trás das palavras que se têm em mãos, considerando-se suas significações⁶⁶.

A organização da análise de conteúdo parte de três segmentos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados⁶⁶.

A pré-análise consiste num processo de escolha dos documentos, que no caso deste trabalho são as entrevistas e a própria organização do trabalho. Consiste na definição do *corpus* de análise; *corpus* é o conjunto do material que será submetido a uma análise; formulação das hipóteses e dos objetivos de análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final⁶⁶.

A exploração do material ou codificação é processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, às quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto⁶⁶.

Na fase de tratamento dos resultados – inferência e interpretação, coloca-se em destaque as informações fornecidas pela análise, por meio de estatísticas simples (frequência) ou complexas que permitem estabelecer um panorama de resultados com base em tabulações ou diagramas, os quais condensam as informações fornecidas para a análise. A codificação é uma transformação que ocorre, segundo regras precisas em relação aos dados brutos, do texto analisado. Essa transformação permite atingir uma representação do conteúdo, por meio de recorte, agrupamento e enumeração⁶⁶.

No caso da análise categórica, a organização da codificação se dá em três passos:

- 1) o recorte (escolhas das unidades de análises);
- 2) a enumeração (escolha das regras de contagem);
- 3) a classificação e a agregação (escolha das categorias).

A categorização consiste no reagrupamento de temas específicos com critérios previamente definidos. Assim, classificar elementos em categorias impõe certa investigação por temas ou termos análogos. A escolha de categorias é um processo estruturalista e possui duas etapas: o inventário, que nada mais é que isolar os elementos, isto é, separar os diferentes temas; e a classificação, que consiste em repartir os elementos ou, em outras palavras, organizar os temas analisados⁶⁶.

Os temas foram previamente definidos de acordo com as questões norteadoras, por serem os que mais se destacam em relação ao conteúdo discutido. Definidos os temas centrais, o próximo passo foi a categorização dos temas específicos. Ao contrário dos temas centrais que foram antecipadamente definidos nas questões norteadoras, as temáticas específicas foram agrupadas após a transcrição no Sistema Word e análise exaustiva dos conteúdos das entrevistas, os quais foram compilados por meio da edição das narrativas. Com o agrupamento dos temas pôde-se estabelecer com maior clareza as percepções e subcategorias emergentes de cada item, pela similaridade dos discursos.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS MATERNIDADES ESTUDADAS

4.1.1 Hospital Regional da Asa Norte

O Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), foi inaugurado no dia 04 de dezembro de 1984, com o objetivo de prestar assistência à saúde da população da Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro. É um estabelecimento assistencial de saúde que engloba todos os níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e alta complexidade e possui um total de 387 leitos⁶⁷.

O fluxo de sua clientela se baseia no atendimento de demanda espontânea e referenciada pelos Centros de Saúde. Funciona também como hospital de ensino nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, cirurgia plástica, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, enfermagem e nutrição (único a oferecer nesta especialidade). A Regional ainda dá suporte aos acadêmicos de Medicina da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs)⁶⁷.

Em 2006 no Centro Obstétrico foram executados serviços de manutenção e ampliação da área física. As gestantes ganharam atendimento individualizado durante o pré-parto, parto e pós-parto além de contar com acompanhamento familiar durante a internação⁶⁷.

4.1.2 Estrutura Física

Na entrada do centro obstétrico há um balcão destinado à guarda de formulários, livros de relatório, uma mesa com computador, o posto de enfermagem com armários e geladeira para guarda de medicações. Há um quadro branco com o nome das parturientes e puérperas internadas no dia.

São cinco salas de parto em esquema de PP (pré-parto e parto), deveria também comportar o puerpério imediato, porém todas as pacientes são transferidas para as enfermarias dentro do centro obstétrico. O motivo de transferir as pacientes no quarto período é que como a demanda é muito grande, pode chegar uma outra parturiente que precise do espaço e este não pode estar ocupado. Muitas vezes, mesmo com poucas parturientes e outras salas de parto vagas, a puérpera é transferida para esta enfermaria dentro do espaço do Centro Obstétrico. Dessa forma, o tipo de leito PPP teve sua finalidade alterada, já que a puérpera não continua nele as duas horas pós-parto.

As salas de parto não possuem banheiro. Há um banheiro coletivo no corredor com dois vasos sanitários, uma pia e dois chuveiros. O que pode expor as parturientes, já que necessitam sair da sala de parto, passar por um corredor para chegar até o banheiro.

Há duas enfermarias com três leitos cada, destinadas às pacientes em puerpério imediato ou que se submeteram a alguma cirurgia ginecológica. Uma das enfermarias possui banheiro, a outra não.

Há uma sala para exame de cardiocotografia, com esfigmomanômetro, armário, saída de gases e maca, comportando ainda uma estante com muitas caixas e papéis.

Há uma sala de recepção do recém-nascido contendo 1 balança digital, 1 incubadora, 1 unidade de reanimação, 1 berço aquecido, material para reanimação, relógio, bomba de infusão, pia para banho no RN e saída de gases.

4.1.3 Rotinas do Centro Obstétrico do HRAN

Como escala diária, há uma enfermeira no plantão e 5 auxiliares de enfermagem, sendo que 2 ficam escaladas no Pronto-Socorro obstétrico (PSO), lugar onde as gestantes são avaliadas e se necessário for são encaminhadas ao centro obstétrico (C.O). Três auxiliares de enfermagem são escaladas dentro do C.O, com as seguintes atividades: cuidados com o RN, circulante nas cesáreas, atendimento aos PP's (sala destinada a pré-parto e

parto), para o puerpério imediato a mulher é transferida para uma enfermaria dentro do centro obstétrico.

Os ginecologistas ficam geralmente no C.O e quando chega alguma paciente, eles são chamados a comparecer ao local do pronto-socorro obstétrico. São 3 staff e um ou dois residentes por plantão.

Há três anos se permite a entrada de acompanhante do sexo feminino e maior de idade para ficar com a mulher durante o trabalho de parto e parto. Não é permitido ficar na enfermaria no pós-parto imediato devido a estrutura física não comportar pacientes e acompanhantes. Só é liberado se a paciente for menor de idade ou se a condição da paciente requerer a necessidade de um acompanhante no momento.

A dieta para a parturiente é liberada a depender da sua condição clínica e há dieta também para acompanhante.

Ao pai não é permitida a entrada no centro obstétrico, pois alegam falta de privacidade para as outras parturientes. Há um banco do lado de fora do C.O onde geralmente os pais aguardam para ter contato com o bebê. Uma auxiliar de enfermagem leva o bebê até este lugar para o pai o veja e depois devolve à mãe. O acompanhante do sexo masculino só pode estar com a mulher no alojamento conjunto.

Em duas portas das salas de parto estão afixadas as Normas e Rotinas para o acompanhante em sala de parto e em todas há os Dez passos para o aleitamento materno bem sucedido.

4.1.4 Hospital Regional do Paranoá

O hospital está localizado a 25 quilômetros do Plano Piloto e atende, além dos pacientes do Paranoá, moradores do Varjão, São Sebastião, Lago Sul e Norte e condomínios, totalizando cerca de 200 mil pessoas. A média atual de atendimento mensal no Ambulatório é de 2.250 pacientes e na Emergência de 10.750 pacientes⁶⁷.

O estabelecimento conta com os serviços de internação nas especialidades de pediatria, clínica médica, ginecologia, cirurgia geral e ortopedia, além de uma UTI e centro cirúrgico.

4.1.5 Estrutura Física

Antes da entrada para o Centro Obstétrico, há dois consultórios para avaliação das mulheres em trabalho de parto e pronto socorro ginecológico.

Ao entrar no C.O, à direita fica o posto de enfermagem e uma copa com TV, geladeira e forno de microondas.

Após o posto de enfermagem, há um corredor com quatro cadeiras compondo uma ante-sala das enfermarias. São duas enfermarias, uma com quatro leitos do lado esquerdo e outra com dois leitos ao lado direito.

Há uma porta que separa as enfermarias das salas de parto. No projeto original seriam 3 salas de pré-parto, parto e puerpério, porém devido á demanda cada uma das salas recebeu mais duas camas, ou seja ficaram três salas de parto com 3 leitos e uma com 2 leitos. No total são oito leitos para parto normal. Todos os leitos têm o nome da mãe afixado na parede. As camas são separadas por divisórias que não vão até o teto, com isso é possível ouvir todos os sons, ruídos e conversas dos profissionais com as pacientes ou com os acompanhantes, se houver. Dessa forma, a privacidade é somente visual, pois a privacidade sonora fica prejudicada devido à conformação da estrutura das divisórias das salas de parto.

Há uma sala de cuidados com o RN. As cesarianas são realizadas no centro cirúrgico em outro espaço distante do centro obstétrico, porém os bebês que nascem de cesariana são trazidos para a sala de cuidados que fica dentro do centro obstétrico para parto normal.

4.1.6 Rotinas do Centro Obstétrico do HRP

A parturiente quando chega faz a ficha no guichê e a depender das suas condições pode ir caminhando ou em cadeira de rodas até os consultórios de pronto atendimento obstétrico.

Antes da entrada propriamente dita do centro obstétrico há uma mesa onde a auxiliar de enfermagem pega a ficha da paciente, verifica a pressão arterial e faz algumas perguntas e a encaminha para o consultório que é logo ao lado.

Se a paciente estiver em trabalho de parto com 4cm ou + de dilatação; ou bolsa rota, é internada numa das salas de PPP (pré-parto, parto e puerpério). Caso ainda não esteja em trabalho de parto é solicitada a voltar mais tarde. Se for algum problema ginecológico ou obstétrico que necessite internação, há leitos destinados a estes casos.

A equipe de neonatologistas fica na Unidade de Cuidados intensivos neonatais e quando a parturiente chega ao período expulsivo, eles são chamados por telefone.

No que se refere aos profissionais de enfermagem, tem-se: 09 enfermeiras para o setor, incluindo a chefe de enfermagem que também é enfermeira assistencial e 25 auxiliares de enfermagem. Quanto ao número de ginecologistas há uma variação de no mínimo 3 até 5 por plantão, a depender da escala. Há uma enfermeira por plantão e quatro auxiliares de enfermagem que se dividem entre Sala do RN, Admissão, Sala de parto e Sala de Observação.

Verificou-se que, embora as salas de parto possuam leitos do tipo PPP, a falta de privacidade sonora e muitas vezes até a visual acaba por comprometer a assistência e a tranquilidade da mulher. A parturiente que deveria se sentir protegida neste momento tão íntimo e privado da sua vida, se vê obrigada a compartilhá-lo com pessoas que não fazem parte do seu convívio e nem são profissionais de saúde, pelo simples fato do ambiente hospitalar não oferecer a privacidade adequada no espaço da parturição.

O conceito de ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que

deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. E olhando para os eixos que o constitui temos que a confortabilidade que se baseia na privacidade e individualidade dos sujeitos, não está sendo garantida neste serviço⁶⁸.

4. 2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS EM ESTUDO

Em relação à caracterização do perfil dos enfermeiros que atuam no Centro Obstétrico, verificou-se que a maioria dos enfermeiros é de jovens adultos e adultos, na faixa etária entre 25 a 45 anos (74,9%), com uma maior participação de profissionais mais jovens no HRPa, que pode ser justificada por ser uma unidade jovem, criada em 2004. A grande maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (83,34%), confirmando a hegemonia da feminilização da profissão, com uma tímida inserção de enfermeiros do gênero masculino no Centro Obstétrico. Essa característica de a enfermagem ser exercida quase que exclusivamente por profissionais do sexo feminino é histórica, especialmente na área da saúde da mulher⁶⁹. A maioria dos enfermeiros é casada (57,14%), e das sete enfermeiras que tiveram filhos (58,4%), apenas uma foi de parto normal, as demais foram submetidas à cesariana. A grande maioria dos enfermeiros é natural de outros estados (71,43%) e dois são do Distrito Federal.

Quanto à caracterização do perfil profissional e experiência profissional, verifica-se na Tabela 1, no que se refere ao tempo de trabalho na instituição, que os enfermeiros possuem experiência na área profissional, sendo que 80% dos enfermeiros do HRAN têm entre 21 a 30 anos de serviço, enquanto que no HRPa, 42,85% dos enfermeiros possuem entre 6 a 10 anos.

Quanto ao tempo de atuação dos enfermeiros no atendimento à mulher em sala de parto, evidencia que a maioria dos enfermeiros (58,4%) possui entre 2 a 5 anos de atuação. Esse é um tempo de experiência em que se espera que a prática, quando agregada a um processo de reflexão teórica, permita o desenvolver de competências e habilidades mais convergentes para o atendimento à mulher. Quanto a possuir formação específica para atuar

nesse serviço, 58,4% possuem curso de pós-graduação em outras áreas, tais como clínica médica, auditoria, saúde pública, educação, sexualidade e psicossomática, e apenas 25% possuem especialização em obstetrícia. No que se refere à participação em cursos de capacitação contemplando a temática da humanização, a maioria dos enfermeiros (58,4%) informa não ter participado de nenhum. Em uma das maternidades, os enfermeiros relatam um investimento na capacitação dos profissionais de saúde sobre a humanização do atendimento, contudo esses cursos geralmente se restringem à participação dos chefes de enfermagem, sem que haja uma preocupação em disseminar esses conhecimentos para os demais profissionais na lógica da educação permanente em serviço.

A educação permanente é apresentada por representantes do Ministério da Saúde como “estratégia de reestruturação dos serviços”, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos e, sobretudo, dos valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem⁷⁰.

Tabela 1- Caracterização dos enfermeiros que atuam em maternidades quanto à formação e experiência profissional. Distrito Federal, 2010

VARIÁVEIS		HRAN		HRPa		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Tempo de instituição	Até 2anos	-	-	3	42,85	3	25,0
	2 a 5 anos	-	-	1	14,3	1	8,4
	5 a 10 anos	1	20,0	3	42,85	4	33,3
	10 a 20 anos	-	-	-	-	-	-
	20 a 30 anos	4	80,0	-	-	4	33,3
Tempo sala de parto	Até 2 ano	-	-	1	14,3	1	8,4
	2 a 5 anos	2	40,0	5	71,4	7	58,4
	5 a 10 anos	1	20,0	1	14,3	2	16,6
	10 a 20anos	2	40,0	-	-	2	16,6
Pós-graduação	Obstetrícia	1	33,4	2	28,57	3	25,0
	Outras áreas	2	66,6	5	71,43	7	58,4
	Não	2	40,0	-	-	2	16,6
Curso de humanização	Sim	2	40,0	3	42,86	5	41,67
	Não	3	60,0	4	57,14	7	58,4

4.3 SITUAÇÃO DAS MATERNIDADES PESQUISADAS EM NÚMEROS DE PARTOS NO PERÍODO DE 2005 A 2009

A proporção de partos cesáreos no Distrito Federal nos últimos anos tem demonstrado uma ligeira tendência à diminuição, como demonstrado na figura 1, o que pode ser reflexo da ação positiva das campanhas que são realizadas pelo Ministério da Saúde e entidades de proteção à saúde da mulher e ao parto normal.

No Distrito Federal, segundo dados do Relatório de Eventos Vitais da SES⁷¹, a proporção de partos cirúrgicos entre 2005 (47,1%) e 2009 (36,53%) teve uma redução em torno de 10%.

Nas unidades investigadas, segundo dados do Núcleo de processamento de dados (NUPROD) no HRAN e no Núcleo de coleta de dados (NUCOAD) no HRPa, no ano de 2008, o HRAN registrou o número total de 2.636 partos, dos quais 1.608 (61%) normais e 1.028 (39%) cirúrgicos, e no HRPa, o total de partos foi de 1.642, sendo 989 (60%) normais e 653 (40%) cirúrgicos. No ano de 2009, o HRAN teve o total de 2.666 partos, dos quais 1.631 (60%) normais e 1.135 (40%) cesarianas; no HRPa, verificou-se o número de 2802 partos, dos quais 1.685 (60,14%) normais e 1.117(39,86%) cirúrgicos.

Vale ressaltar que o menor número de partos em 2008 no Hospital do Paranoá pode ser devido ao funcionamento pleno da Casa de Parto de São Sebastião, que assiste o parto fisiológico de baixo risco.

Constata-se que a média das duas instituições para os partos normais e cesarianas é praticamente a mesma e reproduz a proporção de cesáreas descritas para o Distrito Federal nos mesmos anos. Contudo, o número de partos cesáreos realizados em relação ao número total de partos ocorridos em um serviço de saúde encontra-se bem acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que estabelece que seja de até 15%¹⁰.

Apesar da redução dos riscos associados à cesariana nas últimas décadas, o risco relativo de morte materna é ainda maior que no parto normal. Já é bastante conhecida a maior morbidade materna em decorrência de complicações de cesárea, principalmente a infecção e a hemorragia e outras

complicações associadas ao procedimento, tais como o tromboembolismo, infecção urinária, acretismo placentário, transmissão do vírus da hepatite e da imunodeficiência humana¹.

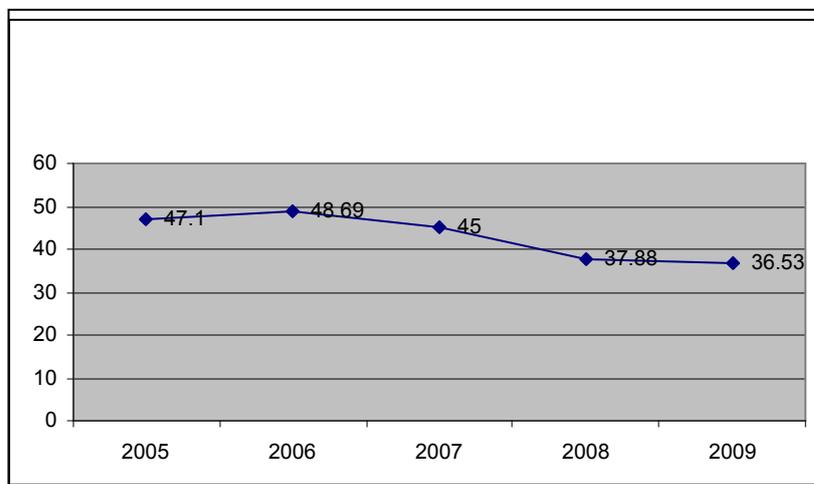
As síndromes hemorrágicas ligadas à gestação, parto e puerpério constituem a segunda causa de morte materna em nosso país. A conexão dessas síndromes com a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) e com a operação cesariana revela a baixa qualidade do modelo de assistência ao parto, no qual estão associadas condições precárias dessa assistência e grande dificuldade ao acesso a sangue e derivados, o que aponta para a necessidade de redução das taxas alarmantes de cesariana⁷².

Um estudo realizado para a Organização Mundial de Saúde na América Latina evidenciou uma associação entre os índices de cesárea e a morbidade e mortalidade materna severa, bem como com o aumento de mortalidade fetal e um maior número de bebês encaminhados para UTI neonatal por 7 ou mais dias; também foi observado que havia um incremento progressivo de nascimentos prematuros e da mortalidade neonatal quando os índices de parto cesáreo atingiam valores acima de 10%, ressaltando nesses resultados que altos índices de parto cesáreo não indicam melhor cuidado perinatal e pode ser associado a danos para a parturiente e para o recém-nascido⁷³.

Além disso, por implicar uma rotina de separação entre mãe e filho no pós-parto imediato, com as cesáreas há um retardo nesse contato, o que interfere no estabelecimento do vínculo mãe-filho e da instalação precoce e bem-sucedida da amamentação⁷⁴.

É importante que o profissional de saúde considere tais riscos e suas possíveis repercussões para informar a mulher e seu companheiro no momento de decidirem pela via de parto, para que essa seja realmente uma decisão compartilhada e consciente, sem buscar influenciá-los com suas próprias expectativas.

Figura 1 – Proporção entre partos cirúrgicos e o total de partos realizados no DF de 2005 a 2009.



FONTE DIVEP:2009

4.4 - PRÁTICAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O PRÉ-PARTO E PARTO SEGUNDO O PRECONIZADO PELA OMS

As práticas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde na condução do parto normal estão assim organizadas: 1) práticas realizadas e as recomendadas pela OMS como úteis; 2) práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, 3) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara até que mais pesquisas esclareçam a questão, 4) Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado^{33,75}.

Tabela 2 - Práticas realizadas e recomendadas pela OMS como úteis à condução do parto normal segundo enfermeiros de maternidades da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2010.

VARIÁVEIS	HRAN N=5		HRPa N=7		TOTAL N=12	
	N	%	N	%	N	%
	Contato cutâneo precoce					
Sim	5	100	6	85	11	91,7
Não			1	15	1	8,30
Líquidos por via oral						
Sim	2	40	1	15	3	25,0
Não	2	40	5	70	7	58,3
Às vezes	1	20	1	15	2	16,7
Uso do partograma						
Sim	4	80	5	70	9	75,0
Não	1	20	1	15	2	16,7
Às vezes			1	15	1	8,30
Métodos de alívio para dor						
Sim	3	60	2	30	5	41,7
Não	2	40	5	70	7	58,3
Ausculata intermitente						
Sim	2	40	5	70	7	58,3
Não	3	60	2	30	5	41,7
Liberdade de posição						
Sim	3	60	3	40	6	50,0
Não	2	40	2	30	4	33,3
Às vezes			2	30	2	16,7
Informações solicitadas						
Sim	3	60	5	70	7	58,3
Não			1	15	1	8,30
Às vezes	2	40	1	15	3	25,0
Presença de acompanhante						
Sim	4	80	1	15	5	41,7
Não			4	55	4	33,3
Às vezes	1	20	2	30	3	25,0
Privacidade no local do parto						
Sim	5	100	5	70	10	83,3
Não			2	30	2	16,7
Monitorar o bem-estar físico						
Sim	5	100	7	100	12	100

Os dados da tabela 2 mostram que muitas das práticas recomendadas pela OMS como úteis à condução do parto normal têm sido utilizadas durante a assistência nas duas maternidades estudadas.

Em relação ao contato cutâneo precoce ainda na sala de parto, chama a atenção a adesão de 100% dos enfermeiros no HRAN e de 85% nos do HRPa.

Em revisão elaborada por Almeida Filho (2004), conclui-se que o contato pele a pele e a sucção precoce são de grande contribuição para o início do aleitamento e para o aumento na sua duração e exclusividade. Os profissionais envolvidos com o parto precisam dispensar atenção especial à técnica do contato pele a pele, cuidando para que aconteça o mais cedo possível, ainda na sala de parto, colocando a pele do recém-nascido em contato direto com a pele da mãe. Tal prática é recomendável para a promoção do aleitamento materno, alicerçando-se no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida, e que esse vínculo é de máxima importância para o início e a manutenção do aleitamento materno exclusivo⁷⁶.

Em relação à privacidade no local do parto, todos os enfermeiros entrevistados (100%) no HRAN, admitem que essa prática é respeitada. Essa possibilidade de dar condições de privacidade à mulher reside principalmente no fato da estrutura física do centro obstétrico ser do tipo PPP, no qual somente o banheiro precisa ser compartilhado pelas parturientes, mas as salas de parto são privativas. No HRPa 70%, dos enfermeiros admitem que há a privacidade no local do parto, havendo também leitos do tipo PPP; no entanto, a estrutura física não é a mais apropriada devido ao uso de divisórias entre as camas de parto, o que permite que se ouça o que se passa nos outros PPPs, e pelo espaço ser tão reduzido a ponto de não ser possível a permanência de um acompanhante com um mínimo de conforto nem mesmo sentado.

Com adesão de 100% dos profissionais nas duas instituições, está o monitoramento do bem-estar físico da parturiente. Essa prática, por não necessitar de qualquer outro atributo ou equipamento para sua realização, é uma das mais simples a ser empregada em qualquer serviço de atenção ao parto, bastando somente vontade e disponibilidade da equipe em atender a mulher nas suas necessidades.

Segundo Michel Odent (2002), a mulher para parir precisa liberar certo coquetel de hormônios (ocitocina, endorfinas, prolactina, ACTH, etc.) que se

originam no cérebro; no entanto, não é o cérebro todo que é ativo como uma glândula endócrina, somente suas partes mais profundas. Quando uma mulher está em trabalho de parto, a parte mais ativa de seu corpo é seu cérebro primitivo (hipotálamo, hipófise, etc.). Quando há inibições durante o processo de parto (ou qualquer experiência sexual), elas se originam da parte altamente desenvolvida nos seres humanos – o neocortéx. Com isso, a questão da privacidade toma importância fundamental, pois a sensação de estar sendo observado tende a estimular o neocortéx, e durante o processo de parto há um período em que a mulher se comporta como se estivesse em “outro planeta”, embarcando em um tipo de viagem interior que ocorre devido a redução da atividade neocortical. Sendo assim, a intimidade, o não estar sendo observada, é uma necessidade fundamental para a mulher que dá à luz⁷⁷.

Algumas práticas, como a de oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e o parto, ainda são pouco utilizadas nas duas instituições, sendo que 58,3% dos enfermeiros das duas instituições não exercem tal prática conforme a necessidade das parturientes.

Muitos profissionais acreditam que o jejum é uma forma de prevenir a aspiração de conteúdo gástrico durante a anestesia, e conforme a OMS⁷⁵, esse risco está associado ao uso da anestesia geral; assim, uma vez avaliado e classificado o parto de baixo risco, não se justifica o jejum absoluto.

De acordo com o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal (Maternidade Segura) da OMS⁷⁵, o trabalho de parto requer enormes quantidades de energia, e, como não se pode prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de assegurar o bem-estar fetal e materno. A restrição severa da ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose. Essa situação é comumente tratada por uma infusão intravenosa de glicose. Os efeitos desse tratamento sobre a parturiente foram avaliados em vários estudos randomizados⁷⁵.

O aumento nos níveis médios de glicemia parece estar acompanhado por um aumento nos níveis maternos de insulina. Também resulta no aumento de níveis plasmáticos de glicose no bebê e pode resultar numa diminuição do pH do sangue da artéria umbilical. Quando a parturiente recebe mais de 25 gramas de glicose por via intravenosa durante o trabalho de parto, pode ocorrer hiperinsulinismo fetal, o que pode resultar em hipoglicemia neonatal e elevação

dos níveis sanguíneos de lactato. O uso excessivo de soluções intravenosas sem sódio pode levar à hiponatremia tanto materna quanto do recém-nascido⁷⁵.

Na ausência de evidências para suportar a crença de que se deve negar comida ou bebida durante o trabalho de parto para prevenir o risco de morbidade e mortalidade materna, as parturientes deveriam ser questionadas sobre seu desejo de ingerir líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto⁷⁷.

Essas complicações relacionadas à restrição da ingesta oral podem ser evitadas pela oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e até mesmo pela oferta de alimentos leves. As infusões intravenosas de rotina interferem com o processo natural e restringem a liberdade de movimentos da mulher⁷⁵.

No que se refere aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto, 58,3% dos enfermeiros não apresentam essa alternativa para a parturiente, o que indica a necessidade de essa prática ser melhor incentivada pelos enfermeiros nas duas instituições.

Existem vários métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor que podem ser utilizados durante o trabalho de parto. Para muitas mulheres o banho morno de chuveiro ou imersão é um aliado; toques ou massagens; técnicas de respiração; comandos verbais de relaxamento, que desviam a atenção da parturiente de sua dor. Esses métodos são às vezes aplicados em conjunto com outras técnicas, como hipnose, música e biofeedback, e muitas mulheres consideram tais práticas úteis, que podem ser recomendadas⁷⁵.

A aplicação de bolsa de água quente em locais freqüentemente dolorosos, como a região lombar e vulvo-perineal, a massagem nos pés, que deve ser realizada por meio de pressão dos dedos e deslizamento nos pés, utilizando óleos aromático-terapêuticos, são recursos de baixo custo e que podem trazer um diferencial na assistência prestada. Do mesmo modo, o banho de imersão ou chuveiro, que reduzem a liberação de adrenalina e promovem a liberação de endorfinas e ocitocina, no que se refere ao banho de chuveiro em particular, encoraja a movimentação e a gravidade não é alterada, facilitando a progressão do trabalho de parto²².

Da mesma forma, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o parto é um fator que colabora para a diminuição da dor²³. No entanto, verifica-se que essa prática simples e eficaz para um trabalho de parto ativo é adotada por metade (50%) dos enfermeiros das duas instituições;

Estudos mostram que, durante o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto, o decúbito dorsal afeta o fluxo sanguíneo uterino. O útero pesado pode causar compressão da veia cava e o menor fluxo sanguíneo pode comprometer o estado fetal, além de reduzir a intensidade das contrações, interferindo no progresso do trabalho de parto. As mulheres devem ser encorajadas a assumir a posição que acharem mais confortável, e para isso os profissionais devem ser treinados no manejo do parto em outras posições que não a deitada⁷⁵.

Estudos controlados mostram que quando a mulher é estimulada a ficar de pé, andar e sentar ereta, o trabalho de parto é encurtado em relação ao ficar deitada, há a necessidade de menos analgesia e conseqüentemente recebe menos ocitócitos. Tudo isso sugere que a livre escolha de posição é o mais importante. Deambular, sentar e deitar em decúbito lateral esquerdo são condições que a mulher pode adotar durante o trabalho de parto de acordo com sua preferência; em geral, de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições²².

A deambulação durante o trabalho de parto pode acelerar um trabalho de parto lento, principalmente nas primeiras horas da fase ativa, assim como diminuir a incidência de uso de fórceps e da cesárea⁷⁸.

Em relação ao monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, temos que 58,3% dos enfermeiros das duas instituições o realizam. A relação entre o bem-estar e a frequência cardíaca fetal foi investigada em muitos estudos e está claro que o sofrimento fetal pode se manifestar por anormalidades da frequência cardíaca: bradicardia (< 120 bpm), taquicardia (> 160 bpm), diminuição da variabilidade ou desacelerações. A ausculta intermitente pode ser realizada com um estetoscópio monoauricular (Pinard) ou por um sonar portátil. Esta é uma tecnologia apropriada, simples e permite a livre movimentação da parturiente. Com um treinamento adequado, é possível monitorar a frequência cardíaca fetal em qualquer lugar e posição, mesmo com a parturiente em pé ou sentada⁷⁵.

No que se refere ao respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes no trabalho de parto e no parto, temos que no HRAN 80% dos enfermeiros acolhem essa questão, enquanto no HRPa somente 15% permitem a entrada do acompanhante.

Um estudo realizado no Brasil recentemente constatou que as mulheres acompanhadas no pré-parto tiveram um índice de satisfação com os procedimentos realizados 8 vezes maior quando comparadas às mulheres que não tiveram acompanhantes, e durante o parto esse índice foi cinco vezes maior⁷⁸.

A questão do envolvimento do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto tem sido considerada como um fator indispensável e responsável pela mudança de paradigma no que se refere à humanização da assistência ao parto. A ansiedade materna e conseqüentemente as intervenções obstétricas e complicações perinatais podem ser reduzidas com a presença do acompanhante⁷⁹. Os estudos comprovam ainda a diminuição dos partos a fórceps, diminuição da dor, redução nas taxas de cesárea, aumento nos índices de Apgar e a diminuição na duração do trabalho de parto²².

Tabela 3 - Práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas de acordo com a OMS, na condução do parto normal segundo enfermeiros de maternidades do Distrito Federal, 2010

VARIÁVEIS	HRAN N=5		HRPa N=7		TOTAL N=12	
	N	%	N	%	N	%
Massagem e distensão do períneo						
Sim	-	-	1	15,0	1	8,30
Não	5	100	6	85,0	11	91,7
Uso rotineiro de ocitocina						
Sim	4	80	2	29,0	6	50,0
Não	1	20	5	71,0	6	50,0

A tabela 3 traz as questões referentes às práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas de acordo com as pesquisas realizadas pela OMS. A respeito da massagem no períneo, no HRAN essa prática é inexistente e no HRPa 15% dos profissionais a adotam, o que demonstra um certo cuidado dessas instituições no que se refere a tais práticas. Sobre o uso

rotineiro da ocitocina em qualquer momento antes do parto, 50% dos enfermeiros referem ser essa uma prática rotineira em ambas as instituições.

Dos três estudos fornecendo dados sobre a duração do trabalho de parto após a correção da dinâmica uterina com ocitocina, em comparação com os grupos controle, apenas um mostrou uma menor duração média com o uso de ocitocina. Num estudo, as mulheres no grupo controle foram estimuladas a sair do leito, caminhar, tomar a posição conforme sua preferência. Nesse grupo, a duração média do trabalho de parto foi menor do que no grupo com correção da dinâmica com o uso de ocitocina (Hemminki *et al.* 1985). Esse estudo inclui também a opinião das parturientes sobre o procedimento e a maioria disse que o procedimento de uso da ocitocina era desagradável e aumentava a dor em mais de 80% das parturientes⁷⁵.

Em um dos trabalhos de Marsden Wagner, ele se refere a uma cascata de intervenções, em que uma tenta corrigir o problema causado por sua antecessora, como o uso da ocitocina para a condução do parto. Ele dá o seguinte exemplo: A mulher após a internação é obrigada a ficar deitada no leito, em um ambiente com pouco suporte emocional e distante de seus familiares. A situação de estresse causada pelo decúbito dorsal é prejudicial e altera negativamente o padrão das contrações uterinas. Com isso, a primeira resposta é a utilização de ocitocina que se usada inadequadamente conduz a contrações mais fortes e prolongadas, aumentando a dor e diminuindo a perfusão de sangue para o bebê. O estresse contribui para a liberação de adrenalina, que provoca mais diminuição na oxigenação fetal, instalando dessa forma o sofrimento fetal agudo. Assim que essa condição é diagnosticada, subsidia a indicação de uma cesariana⁵¹.

Tabela 4- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara até que mais pesquisas esclareçam a questão, segundo enfermeiros de maternidades. Distrito Federal, 2010

VARIÁVEIS	HRAN N=5		HRPa N=7		TOTAL N=12	
	N	%	N	%	N	%
Estimulação do mamilo						
Não	5	100	7	100	12,0	100
Clampeamento precoce						
Sim	4	80	7	100	11,0	91,7
Não	1	20			1,0	8,30
Proteção do períneo						
Sim			3	42,5	3,0	25,0
Não	4	40	3	42,5	7,0	58,4
Às vezes	1	20	1	15,0	2,0	16,6
Pressão no fundo uterino						
Sim	1	20	1	15,0	2,0	16,6
Não	2	40	5	70,0	7,0	58,4
Às vezes	2	40	1	15,0	3,0	25,0
Amniotomia precoce						
Não	4	80	6	85,0	10,0	83,4
Às vezes	1	20	1	15,0	2,00	16,6

A tabela 4 apresenta algumas das práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara até que mais pesquisas esclareçam a questão.

Dos cinco itens colocados no questionário, a prática de estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto recebeu resposta 100% negativa nas duas instituições. A amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto é muito pouco praticada, visto que 83,4% dos enfermeiros das duas instituições marcaram “não” para essa questão.

A respeito da prática de aplicar pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto, 58,4% dos enfermeiros nas duas instituições disseram que tal prática não é realizada e 25% disseram que somente às vezes esse procedimento acontece. De acordo com a OMS, essa prática, além de trazer desconforto materno, pode ser perigosa para o útero, o períneo e o feto, mas não há dados de pesquisa suficientes sobre esse assunto.

Quanto à realização do clameamento precoce do cordão umbilical, 91,7% dos enfermeiros disseram que tal prática acontece rotineiramente nas duas instituições.

Em estudos realizados sobre os efeitos maternos desses procedimentos não se verificaram indícios de um efeito significativo do momento do clameamento do cordão sobre a incidência de hemorragia pós-parto ou sobre a transfusão fetomaterna. Se o recém-nascido, após o nascimento, for colocado no nível da vulva ou abaixo dele por três minutos antes do clameamento do cordão, há uma transferência de aproximadamente 80 ml de sangue da placenta para o recém-nascido, o que oferece cerca de 50 mg de ferro para as reservas do lactente e reduz a freqüência de anemia ferropriva no primeiro ano de vida⁷⁵.

O clameamento tardio é o modo fisiológico de tratar o cordão, e o clameamento precoce é uma intervenção que deve ter motivos para ser realizada. No caso de sensibilização Rh ou parto prematuro, o clameamento tardio pode causar complicações, porém no parto normal deveria existir uma razão válida para se interferir com o procedimento natura⁷⁵l.

Tabela 5- Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado segundo enfermeiros de maternidades. Distrito Federal, 2010

VARIÁVEIS	HRAN		HRPa		TOTAL	
	N=5		N=7		N=12	
	N	%	N	%	N	%
Episiotomia de rotina						
Sim	3	60	3	45,0	6	50,0
Não	1	20	4	55,0	5	41,7
Às vezes	1	20			1	8,3
Estímulo para o puxo						
Sim	5	100	2	30,0	7	58,3
Não			5	70,0	5	41,7
Uso de máscaras e aventais						
Sim	2	40	5	70,0	7	58,4
Não	3	60	1	15,0	4	33,3
Às vezes			1	15,0	1	8,3

A tabela 5 apresenta as práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado, conforme a classificação da OMS, tais como o uso da episiotomia, estímulo para o puxo e o uso de máscaras e aventais.

Quanto ao uso da episiotomia de rotina, verificou-se que metade (50%) dos enfermeiros nas duas instituições afirmaram a sua ocorrência.

A episiotomia aumenta o risco de lesões graves no períneo, podendo atingir inclusive o ânus, além de provocar perdas sanguíneas e risco de infecção maiores. Além de aumentar o desconforto no pós-parto, piora da vida sexual e problemas urinários. Um dos argumentos favoráveis à episiotomia mais enfatizados no Brasil está relacionado ao fato de que o parto normal deixaria a vagina flácida e larga⁸⁰.

A ocorrência de lacerações perineais é freqüente, principalmente em primíparas. As lacerações de primeiro grau muitas das vezes não precisam nem de sutura, e as de segundo grau em geral podem ser suturadas com facilidade sob analgesia local e, em geral, cicatrizam sem complicações. As lacerações de terceiro grau podem ter conseqüências mais sérias e sempre que possível devem ser suturadas por um obstetra num hospital bem equipado, a fim de evitar problemas de fístulas ou incontinência fecal⁷⁵.

De acordo com a OMS, os estudos realizados não fornecem indícios a favor do uso dessa prática. O uso liberal da episiotomia está associado a maiores taxas de traumatismos ao períneo e a menores taxas de mulheres com períneo intacto. Num estudo observacional realizado por Pel e Heres (1995), de 56.471 partos realizados por enfermeiras-parteiras, a incidência de lacerações de terceiro grau foi 0,4% se não fosse feito nenhum tipo de episiotomia, e o mesmo número no caso de uma episiotomia mediolateral; a incidência com uma episiotomia mediana foi 1,2%⁷⁵.

Dessa forma, conforme a OMS, não existem evidências confiáveis de que o uso rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano. Num parto normal, pode haver ocasionalmente uma indicação válida para uma episiotomia, mas recomenda-se o uso limitado dessa intervenção⁷⁵.

De acordo com Harper (2005), o melhor jeito de evitar uma episiotomia é conseguir um profissional que não a faça, no entanto existem fatores que podem prevenir a laceração e a necessidade de episiotomia. Um é a posição

vertical e o outro é a habilidade em mudar de posição enquanto o bebê está nascendo. Muitos profissionais sentem a necessidade de que o bebê saia o mais rápido possível depois da dilatação total e pedem à mulher para prender a respiração e fazer força, o que pode levar à hipotensão. Se os tecidos vaginais são distendidos muito rapidamente a possibilidade de laceração e de uma indicação para episiotomia aumenta. E a combinação da posição litotômica para parir com a força para empurrar causam a laceração no períneo⁸¹.

No que se refere ao estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, no HRAN 100% dos enfermeiros referem o exercício de tal prática enquanto no HRPa 30% a executam.

De acordo com a OMS, a abordagem fisiológica é esperar até que a própria mulher sinta a necessidade do puxo. Mesmo quando a dilatação é completa, muitas vezes ainda não existe o puxo involuntário; devendo-se esperar entre dez ou vinte minutos para que a fase de expulsão inicie-se espontaneamente. A alternativa é apoiar o padrão espontâneo de esforços expulsivos da mulher. Nos estudos publicados, o pH médio na artéria umbilical foi menor nos grupos de mulheres com puxos prolongados, e havia uma tendência para depressão dos escores de Apgar. As evidências existentes são poucas, mas delas emerge um padrão no qual os puxos prolongados e precoces resultam numa relativa diminuição da duração do segundo estágio, mas isso não parece trazer nenhum benefício, pois parece haver um comprometimento das trocas gasosas materno-fetais. O puxo espontâneo mais curto parece ser o melhor⁷⁵.

No tocante ao uso de máscaras e aventais, 58,4% dos enfermeiros das duas instituições utilizam. A OMS chama a atenção para o fato de que estes equipamentos de proteção individual são muitas vezes utilizados com o intuito de proteger as parturientes ou os bebês de infecções⁷⁵. (Harper,2005) no entanto, para este propósito esta prática é inútil. Entretanto, tais vestimentas são úteis para proteger o profissional de saúde do contato com sangue e outros materiais contaminados⁸¹.

Segundo Harper (2005) a mulher quando dá a luz, por instinto tenta alcançar e sentir a cabeça do bebê quando ela começa a sair, no entanto, muitas mulheres são privadas dessa experiência em nome da esterilidade do

campo. A verdade é que o parto não precisa ser estéril e não há indicação de que seja, pois o bebê quando sai do canal do parto está coberto por um filme de bactérias da vagina de sua mãe. O bebê é imune a estas bactérias porque dividiu com sua mãe por nove meses o mesmo ecossistema. Enquanto estava no útero ele recebia os anticorpos de sua mãe pela placenta e após o parto continua recebendo os mesmo anticorpos por meio do colostro, por isso, não há necessidade de proteger o bebê da sua própria mãe⁸¹.

Algumas medidas devem ser tomadas em todos os partos, a fim de impedir a possível infecção da mulher ou do profissional. Essas medidas incluem, evitar o contato direto com sangue e outros líquidos corporais, por meio do uso de luvas durante o exame vaginal, desprendimento do bebê e manejo da placenta. É importante ainda, reduzir o potencial de infecção limitando as técnicas invasivas, como a episiotomia, aos casos estritamente necessários e tendo cuidados adicionais com o uso e descarte de matérias perfuro-cortantes⁸¹.

Em relação à observação feita nos locais estudados, verificou-se que há profissionais preocupados em oferecer uma atenção diferenciada e de qualidade às parturientes, no entanto, suas práticas refletem ações baseadas em rotinas muitas das vezes questionáveis e algumas das quais já ultrapassadas.

4.5 AS REPRESENTAÇÕES DAS ENFERMEIRAS DIANTE A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Os dados qualitativos foram submetidos a análise de conteúdo temática de forma a identificar as representações. A ancoragem e objetivação dos dados foram realizadas pelos seguintes processos: ordenação dos dados, categorização inicial, reordenação dos dados empíricos e análise final⁶².

Partindo das categorias advindas das questões norteadoras, as entrevistas foram transcritas e reformatadas em uma tabela com o lado direito em branco para a apreensão das estruturas de relevância e idéias centrais das unidades de análises. Os temas centrais foram os seguintes: significado da humanização da assistência ao parto e nascimento; cuidados oferecidos à

mulher; relação enfermeiro-paciente; interação com os membros da equipe; acompanhante na sala de parto; pontos facilitadores do atendimento à mulher; pontos dificultadores do atendimento à mulher; sugestões para se avançar no processo de humanização.

As unidades de análise foram diferenciadas por cores e agrupadas em subcategorias. As subcategorias resultantes consistiram em um conjunto de expressões com características similares ou que possuíam estreita relação de complementaridade entre si.

Tais subcategorias foram reagrupadas por meio de uma lógica unificadora resultando em 4 categorias de análise, que são: significado da humanização da assistência ao parto e nascimento; garantia dos direitos da paciente; trabalhando sobre as necessidades da mulher; e a equipe de saúde. Essas categorias serão discutidas nos itens 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3 e 4.5.4.

Os dados obtidos foram articulados com o marco referencial, buscando-se responder à questão de pesquisa com base nos objetivos estabelecidos. A discussão dos resultados pretende proporcionar uma reflexão sobre a assistência ao parto e nascimento, sendo dirigida para uma vinculação estratégica com a realidade, de tal forma que possibilite servir de fundamento para propostas de planejamento de ações/modificações que favoreçam uma melhor assistência às mulheres e aos recém-nascidos.

4.5.1 Significado da Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento

Retomando as considerações iniciais e as interrogações que orientam este estudo, buscou-se por meio das falas das enfermeiras apreender as representações destas frente à humanização da assistência ao parto e ao nascimento e de que modo estas representações repercutem em suas práticas assistenciais.

As enfermeiras entrevistadas apontaram seus significados para a humanização da assistência ao parto e nascimento. As falas a seguir apresentam a conceituação das enfermeiras sobre o tema:

[...] é você acolher a gestante né?... acolher bem a paciente, dá apoio psicológico [...] né?, ficar ali do lado dela...conversando com ela, atendendo seus anseios né, e assim tentando acalmar né?, e o ambiente também é importante, favorecer, propiciar um ambiente tranquilo a esta gestante (E2).

[...] então humanização é toda essa oferta de acolhimento, de orientações, de assistência adequada né?, que essa paciente tem direito (E9).

[...] é o respeito que você dá ao paciente, o tipo de acolhimento, orientação, acompanhamento [...] (E10).

Verifica-se nas falas que o conceito de humanização foi ancorado em duas esferas, a do acolhimento e das orientações a respeito do trabalho de parto e do parto. Não houve qualquer fala que mencionasse a questão da humanização e as políticas governamentais.

Alguns trabalhos descrevem que a orientação e informação constituem categorias reveladas como sinônimo de humanização do cuidado na assistência obstétrica para enfermeiros atuantes em maternidades e em centros-obstétricos⁸². Neste estudo pudemos verificar o mesmo.

Conforme manual do Ministério da Saúde, a assistência deve ter como princípio o acolhimento da equipe às gestantes, buscando compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, proporcionando um diálogo franco, sem julgamentos e preconceitos⁸⁰. Tais aspectos apareceram em quase todas as falas das enfermeiras participantes, sendo o acolhimento parte fundamental.

Maldonado (2002) refere que é necessário investir muito esforço e criatividade para prosseguir no sentido de cuidar melhor das pessoas que estão gerando pessoas e oferecer a esses novos seres um bom acolhimento⁸³.

A questão da privacidade e do acompanhante de escolha da parturiente também apareceu como sendo um dos sentidos da humanização:

[...] dar condições adequadas pra mulher no sentido de dar privacidade pra ela, permitir conforme a lei a presença de um acompanhante da escolha dela que pudesse estar ao lado dela dando apoio [...](E7).

No entanto, durante as observações realizadas, verificou-se em um dos centros obstétricos que as parturientes não possuem privacidade durante o trabalho de parto e o parto, uma vez que os leitos de PPP possuem divisórias provisórias que não vão até o teto, o que permite que a paciente ao lado ouça o que se passa no outro PPP, além de não ter portas e espaço para receber um acompanhante. Dessa forma, pode-se dizer que as enfermeiras conhecem o significado da humanização na teoria, porém não a vivenciam devido ao modo de como os serviços estão organizados; com isso, esses aspectos deixam de ser considerados no atendimento à mulher.

Outro sentido é o que coloca a mulher como protagonista da cena do parto.

[...] é tornar o mais natural possível, colocando a mulher como atriz principal desse processo e a gente fica só pra dar uma segurança pra ela né?, pra só interferir no que for necessário (E6).

A fala da enfermeira apresenta o que seria o ideal durante o atendimento da parturiente: deixá-la agir da maneira que desejar e com a interferência dos profissionais de saúde em caso de necessidade. Porém, no dia-a-dia dos serviços, essa não é cena mais encontrada. Os profissionais possuem um protocolo com normas e rotinas a ser seguido, e dessa forma os desejos da mulher em relação ao seu parto e suas expectativas em relação a essa experiência nem sempre estão em consonância com a rotina estabelecida, e o parto acaba por ocorrer como um evento meramente biológico.

Em uma das falas, outro sentido dado à humanização é o de fazer com que o parto, um evento traumático na visão de uma das enfermeiras, aconteça de forma mais ágil, trazendo menos sofrimento a parturiente.

[...] é estar ao lado da mulher, orientá-la, procurar fazer com que o trabalho de parto seja o mais ágil possível e menos traumático [...] (E12)

De acordo com Dias (2006), a visão do trabalho de parto como um sofrimento pelo qual a mulher tem de passar reforça um primeiro papel do profissional de saúde na humanização desse momento, que seria o de oferecer o respeito, o acolhimento e o apoio que a mulher necessitaria, o que está bem representado nas falas dos enfermeiros. No entanto, ainda segundo o mesmo autor, a visão de sofrimento que vem junto ao trabalho de parto parece estar relacionada apenas à necessidade de suportar as dores das contrações uterinas, não parecendo claro aos profissionais que várias das condutas adotadas durante a rotina de assistência fazem parte dos elementos que transformam o trabalho de parto em um momento de sofrimento para a mulher. Sendo assim, a ausência do acompanhante, a imobilização no leito, toques de repetição, medicação que acelera as contrações podem sim tornar a experiência do trabalho de parto um sofrimento real⁶.

“Culturalmente, as mulheres trazem consigo além do medo da morte durante o parto, a construção social de ser esta uma experiência sofrida, durante a qual elas devem atuar com passividade e obediência”⁷⁶.

Os meios não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, deambulação, balanço pélvico, banho morno, entre outros, também foram enfatizados pelas enfermeiras como práticas de humanização durante o trabalho de parto:

[...] é colocar a mãe em movimento, fazendo o balanço pélvico, é [...] as massagens nas costas são importantes, fazer uma pressãozinha no cóccix, que ajuda a diminuir a dor né?, diminui as contrações, tem também o banho né?... são recursos assim mínimos, mas que são importantes né (E2).

[...] o profissional escuta suas dúvidas e medos, deixando-a tranqüila tá. Porque ela vem com medo, medo de dor, com medo do ambiente, com medo de tudo que ela não conhece, então tem que dá uma confiança [...] (E5).

[...] orienta ela a estar deambulando, tomando um banho, fazendo um balanço pélvico, fazer uma massagem nas costas, enfim alguns exercícios para relaxamento até para facilitar o trabalho de parto [...] a equipe de enfermagem faz bastante (E7).

A dor, pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação. Estudos sobre a intensidade da dor do parto apontam que, independentemente de influências socioculturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres. As propostas de humanização do parto reconhecem a dor como inerente ao processo do parto e recuperam um repertório de técnicas mais naturais e menos invasivas de enfrentamento da dor⁸².

Boaretto (2003) coloca que, apesar da satisfação da mulher com o seu parto não estar condicionada à ausência de dor, deve-se lembrar que o enfrentamento da dor é condicionado pelo ambiente e pelo suporte que ela recebe dos profissionais e acompanhantes, bem como pelos métodos de alívio da dor que são utilizados^{32;35}.

Ainda sobre a questão dos cuidados oferecidos à parturiente, algumas enfermeiras enfatizaram as orientações técnicas e os cuidados de rotina.

[...] colocar o bebê pra mamar e depois que o bebê mamou, com uma hora a gente faz a avaliação da evolução uterina, do sangramento e dá uma monitorização na PA. Com duas horas a gente avalia de novo o sangramento, PA e a pega do bebê [...] (E9).

[...]a gente interna a paciente lá, é feita a verificação dos sinais vitais dela é... e basicamente só isso [...]. (E11).

A assistência que a gente presta no pré-parto é avaliação do BCF, questão de observar essa mulher, prestar atenção nessa evolução do parto, apoio emocional, deixar a mulher verbalizar seus medos e angustias, e especialmente ansiedade [...] (E12).

Bógus e Venâncio (2003), ao tratarem o tema das práticas educativas e humanização da assistência, afirmam que o papel do profissional de saúde é o de apresentar-se como um conselheiro disponível para ouvir e orientar, sem

fazer imposições e julgamentos de acordo com o seu ponto de vista e fornecer elementos para subsidiar a escolha da paciente⁸³.

Além de todas as orientações sobre as rotinas da instituição, os profissionais ainda esperam que a parturiente tenha um comportamento que eles considerem adequado, de passividade, de resignação e aceitação das circunstâncias, o que é inerente ao modelo de assistência centrado na conveniência do profissional de saúde e da instituição, e não nas necessidades da mulher²³.

[...] a gente orienta sobre a dinâmica de trabalho de parto, as contrações, como que acontece, orienta para que ela chame alguém ou avise no momento que romper a bolsa pra gente avaliar o líquido, auscultar o BCF do bebezinho, orienta ir ao banheiro, banho morno, o balancinho pélvico, a respiração, a gente orienta no trabalho de parto como ela tem que se portar (E10).

Embora durante o trabalho de parto a movimentação da parturiente seja estimulada pelos profissionais, o mesmo não acontece durante o parto em si, quando a posição de decúbito dorsal é ainda predominante.

Aqui todas as pacientes tem o seu parto na posição dorsal, a gente não utiliza nenhum outro método de parto (E10).

A OMS recomenda que, tanto no primeiro quanto no segundo período do trabalho do parto, as mulheres devam ser encorajadas a parir na posição que achar mais confortável e que melhor lhes agrada, e, para isso, os profissionais necessitam ser treinados no manejo do parto em outras posições, evitando longos períodos em decúbito dorsal⁷⁵.

As instituições pesquisadas possuem cama de parto que possibilita que a mulher esteja em posições diferentes da litotômica, no entanto todos os partos são realizados nessa posição, seja por conveniência da equipe, seja por falta de experiência do corpo médico em atender ao parto em outras posições.

O uso de posição mais verticalizada, ajoelhada, sentada em cadeira especial ou de quatro para parir são comuns em várias culturas. No entanto, na maioria dos hospitais se utiliza a posição deitada para parir. Estudos

comparando o parto na posição verticalizada com a posição deitada mostram que na posição vertical o segundo estágio do trabalho de parto é mais curto e episódios de dor severa são menos frequentes. Deve haver estímulos a posições não supinas durante o parto e a posição vertical parece favorecer o trabalho de parto³⁴.

Estudo qualitativo realizado por Gayeski e Bruggeman (2009) com puérperas que tiveram a experiência de vivenciar o parto nas posições vertical e horizontal revelou que os aspectos positivos do parto vertical estão relacionados à maior participação da mulher no processo de parturição. Os da posição horizontal estão relacionados com ações intervencionistas, uma vez que a mulher se sente mais ajudada (episiotomia, auxílio da equipe na realização da força no período expulsivo)⁸⁴.

4.5.2 Garantia dos Direitos da Paciente

A atenção obstétrica e neonatal oferecidas pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. Sendo dever dos profissionais acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, estabelecendo vínculo, enfocando-os como sujeitos de direitos, além de procurar entender os múltiplos significados daquela gestação para a mulher e sua família⁸⁵. Em algumas das falas, as enfermeiras expressam a importância de assegurar e conferir direitos à mulher e ao recém-nato, sendo a assistência humanizada um desses direitos.

[...] então humanização é toda essa oferta de acolhimento, de orientações, de assistência adequada né?, que essa paciente tem direito (E8).

[...] conhecer o local onde ela vai dar à luz, os direitos que ela tem... o direito de ter um acompanhante, direito de posição do parto né?, tudo o que ela pode ter e que a instituição está devidamente oferecendo em termos de assistência adequada [...](E9).

[...] Garantir os direitos que são reservados a ela naquele momento, de passar por esse processo de nascimento do filho dela, pois têm direitos tanto ela quanto o bebê... [...] (E12).

Muitas vezes durante o atendimento da parturiente os profissionais de saúde não explicam suas condutas, a finalidade dos exames diagnósticos que são solicitados e muitas vezes até o tipo de parto a ser realizado não é comunicado à paciente, que só fica sabendo no momento em que entra na sala operatória. Isso ocorre porque muitos dos profissionais de saúde pensam que as pacientes podem ficar nervosas ou assustadas se souberem da verdade, além da falta de tempo para uma assistência mais individualizada. Essa é uma postura preconceituosa que nega às mulheres seu direito à informação⁸⁶.

[...] é você saber conversar, é você saber dar as orientações, explicar para ela o que vai acontecer, permitir a ela ter dúvidas, permitir que ela seja acompanhada, permitir a ela que as coisas aconteçam dentro do que é seguro (E11).

Na questão relativa ao direito da presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, as enfermeiras das duas instituições possuem experiências distintas. As enfermeiras do HRAN vêem o acompanhante como um ajudador da equipe:

Os acompanhantes nos ajudam muito quando eles ficam diretamente com as gestantes sem desviar para os outros afazeres, como ficar olhando o serviço dos médicos, da enfermeira e da enfermagem (E1).

A única restrição que foi feita pela direção do hospital é que seja mulher, a lei não especifica nada, se é mulher ou homem né. Mas a direção do hospital especificou que fosse mulher e fosse maior de idade. Fora isso, todos os pacientes têm direito a acompanhante, desde o momento que ela entra, até o momento que ela sai do hospital (E3).

No HRPa, a presença de acompanhante é desencorajada e os profissionais tentam colocar barreiras impedindo a sua participação, porém quando a parturiente ou seu familiar demonstra o conhecimento da lei, as

enfermeiras acabam permitindo para evitar maiores problemas. Entretanto, essa postura de enfrentamento da parturiente ou dos seus familiares para com os profissionais de saúde para ter assegurado um direito é algo que não deveria acontecer.

A gente sabe que a lei permite e dá esse direito a ela. Normalmente a gente conversa com o acompanhante e explica que é difícil, que sexo masculino a gente não permite, apesar da lei dizer que ela pode escolher mas, porque... a gente não impõe e diz que não pode. A gente explica pra que ele entenda que se ele entrar ele vai invadir a privacidade de outras mulheres (E8).

Essa opção de trazer o acompanhante aqui ninguém oferece, a princípio a gente fala que não pode e quando a pessoa vem instruída, acaba-se deixando [...] (E11).

Não menos importante que acolher a mulher é acolher também seu acompanhante, não oferecer obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto⁸⁵. A lei 11.108, de 7 de abril de 2005, obriga os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Contudo, a vigência dessa lei não garante sua implementação, necessitando um processo de reorganização dos profissionais e serviços de saúde para fomentarem essa prática⁸⁷.

No HRPa, o motivo para o não cumprimento da lei se esbarra no problema da estrutura física que não permite a privacidade das pacientes.

Aí é complicado, assim, a questão do acompanhante aqui a gente tem duas salas de parto, cada uma com três leitos, separadas só por biombo. Não tem cadeira, não tem poltrona, não tem estrutura para que um acompanhante fique ao lado da paciente (E7).

Essa é uma questão delicada, porque a questão aqui é a falta de estrutura física, não é o fato deles entrarem ou não entrarem, não é isso. Mas é

porque, a gente não tem salas individuais de parto, nossas salas são coletivas [...] (E10).

A gente sabe que a mulher, ela tem direito a acompanhante pela lei, só que a nossa estrutura, a nossa área física, realmente ela não permite, fica muito cheio [...] (E12).

Ao preconizar um local acolhedor, se faz primordial também a atenção com o familiar/acompanhante. Para isso são necessárias condições humanizadas para o acolhimento desses acompanhantes, como local adequado para suas refeições, higiene e conforto, assistência social e psicológica. É necessário também prestar condições ao trabalhador para o exercício de suas funções, sendo estas de caráter educativo, financeiro e valorização profissional⁸⁸.

Em estudo realizado por Bruggeman (2001), verificou-se que os profissionais de saúde inicialmente rejeitaram a presença de acompanhante durante o parto, especialmente por não possuírem experiência anterior de trabalhar com o acompanhante. No entanto, entenderam que a presença deste não atrapalha a qualidade da assistência prestada: ao contrário, há mudanças positivas tanto no comportamento da parturiente quanto na emoção da equipe⁸⁷.

4.5.3 Trabalhando sobre as Necessidades da Mulher e dos Serviços

A mulher durante o trabalho de parto possui algumas necessidades que se forem satisfeitas podem contribuir para uma melhor evolução do parto. Já se mencionou a necessidade de receber orientações técnicas sobre o processo do parto e das rotinas da instituição e da importância de receber apoio de um acompanhante. Ainda se faz importante lembrar da importância de se ter segurança na equipe que lhe presta o atendimento. Algumas mulheres sentem ainda a necessidade de ingerir pequenas quantidades de líquido devido à secura da garganta durante os murmúrios e à respiração intensa na fase da dilatação; quando essa fase se estende, ela tem necessidade também de se

alimentar ou tomar um suco para lhe conferir mais energia nesse momento e na expulsão.

Dessa forma, outro ponto relativo à humanização da assistência ao parto reside também na oferta de líquidos e alimentação à parturiente que assim o desejar. Pois há aquelas que apresentam náuseas e muitas vezes vômitos e não sentem a necessidade da alimentação. No entanto, as falas das enfermeiras expressam que essa prática não vem sendo realizada nos serviços, embora seja recomendada pela OMS como conduta útil, que deve ser estimulada.

[...]... que ela pudesse durante essa fase do trabalho de parto pelo menos estar ingerindo líquidos ou água, porque aqui a gente não tem isso[...] (E7).

A gente ainda não consegue botar alimento na sala, de parto, nem suco, água às vezes a gente dá escondido [...] (E9).

[...] Aqui nesta instituição a gente pode muito pouco, [...] permitir que ela se alimente ou pedir uma água ou um suco, isso é terminantemente proibido aqui (E11).

Nos achados de Dotto (2006), alimentação e hidratação são liberadas e estimuladas durante o trabalho de parto, existindo a preocupação do serviço de nutrição em oferecer alimentos, líquidos nutritivos e calóricos, sendo o aporte de líquidos necessários para se evitar a desidratação⁷⁸.

Outro fator que contribui para uma boa evolução do trabalho de parto está no fato de a parturiente se sentir bem, confortável e tranqüila no lugar que escolher para parir. As duas instituições do estudo possuem cama de parto tipo PPP, o que confere à parturiente e à equipe mais conforto e segurança, pois não há a necessidade de sair de uma sala e ir para outra no momento expulsivo.

Em pesquisa realizada por Moraes, verificou-se que o decúbito lateral esquerdo perdura como única posição no trabalho de parto, e também a ausência de qualquer alimento e/ou líquido nas situações em que o trabalho de

parto evolui bem. Isto, por sua vez, tende a refletir um desconhecimento quanto aos avanços nas práticas destinadas ao parto e ao nascimento⁹.

Eu acho que o fato dessa estrutura do PPP que facilitou bastante, porque antes a gente tinha aqui, a paciente tava no momento de maior dor, porque o bebê já tava pra nascer, e aí você tinha que pedir para ela passar para uma maca, levar para uma sala de parto, depois passa de novo [...] (E3).

A cama também, apesar de estar faltando algumas peças é uma cama adequada para o parto normal, para o parto humanizado, não é necessário ela ser transportada, nem transferida de uma cama pra outra, nem para outra sala. Então ela chega, tem o neném dela e fica ali (E4)

Muito se tem falado sobre a necessidade de humanizar não só atendimento, mas também os serviços, no entanto muito pouco se tem feito e os hospitais alvo da pesquisa demonstram que ainda há muito a fazer. No que se refere às sugestões de avanço nesse processo, as enfermeiras colocam que essa questão deve começar ainda no pré-natal.

A gente houve falar muito sobre humanização no parto, eu entendo que essa humanização deva começar não no parto, no período de parto e sim na gestação, no preparo dessa mulher, como vai ser esse parto, mostrar o que é um parto normal, o que é um parto cesáreo. Porque para um parto normal a pessoa tem que se preparar psicologicamente e fisicamente, não é, e tem muitas coisas [...] (E4)

Agora a sugestão que eu diria, era de se trabalhar mais e melhor no pré-natal, eu acho que aí é que está o xis da questão. Tem que se investir aí, que aí quando ela chegar aqui, ela vai ter consciência do parto, ela pode até optar, ajudar melhor e tal [...] (E8).

Em pesquisa realizada por Dias (2006), o autor verificou que os profissionais de saúde apontaram que a humanização da assistência deve fazer parte de todo um processo de cuidado, não apenas na maternidade, mas desde o início da gestação, quando a mulher procura o serviço de saúde para iniciar seu acompanhamento pré-natal⁶. No entanto, há que se cuidar para que esse preparo no pré-natal não seja apenas uma forma de condicionar a

gestante a colaborar com a equipe, em vez de lhe dar estrutura para se tornar protagonista do seu parto⁸⁹.

Odent (2002) salienta que o sentido convencional de preparação para o parto deve ser rejeitado, uma vez que carrega aspectos prescritivos, procura ensinar a forma correta da mulher respirar e controlar suas emoções, enfim, de parir. Citando a experiência de Pithiviers, ele atua ao contrário, ou seja, nos grupos de gestantes encoraja a liberdade de escolha de posição, respiração; que no dia do nascimento a mulher em trabalho de parto ceda à experiência, perca o controle, esqueça tudo o que aprendeu – todas as imagens culturais, todos os padrões de comportamento⁸⁹.

4.5.4 Equipe de Saúde

A competência de um profissional não se baseia apenas no conhecimento que possui, mas também na capacidade de realizar uma atividade com resultados desejáveis ou de acordo com padrões preestabelecidos. Os profissionais competentes são pessoas que têm aprendido certas habilidades e conhecimentos para fazer seu trabalho de maneira a satisfazer seu cliente⁷⁹.

Ao enfermeiro, além da função do cuidar, característica essencial do trabalho na enfermagem cabe também as funções gerenciais, administrativas, de liderança e pesquisa. A qualidade da assistência prestada por esse profissional submetido a uma rotina exaustiva de trabalho acaba por ser prejudicada. Desse modo, passa a existir uma assistência fragmentada, na qual os profissionais transmitem falta de estímulo, acúmulo de serviços, dificuldade para executar o trabalho de maneira planejada, além de déficit de precisão na execução das tarefas⁹⁰.

A escassez de profissionais foi colocada como um dos pontos dificultadores para a humanização da assistência, uma vez que principalmente as enfermeiras desempenham várias atividades contemplando tanto a parte assistencial como a burocrática, e dessa forma a assistencial fica sendo a mais prejudicada, já que os técnicos de enfermagem, que são em maior número, acabam sendo designados para assumir muitas dessas funções.

Agora, há momentos de muita agitação no plantão né, e aí infelizmente não dá para a gente prestar uma assistência melhor, por conta da quantidade, porque às vezes tem parto acontecendo, tem que fazer encaminhamento pra cesárea, que não é feita aqui, porque a unidade não está completa, é encaminhada para o centro cirúrgico, então tenho que chamar a equipe de neonatologia. Então o enfermeiro começa a se dividir, e a assistência à mulher vai ficando mais precária, no sentido da atenção que ela merece receber (E10).

[...] geralmente fica uma auxiliar, e aí a gente fala : “Fica mais perto dela”, porque a enfermeira ela tem que além da assistência, ela tem que também ver a parte burocrática né, a gente não é só assistente (11).

Segundo Batista (2005), os fatores motivacionais do trabalho atual dos enfermeiros citados por ordem de prioridade são: gostar do que faz, ter bom relacionamento multiprofissional, ter possibilidade de crescimento profissional, deter poder de resolutividade atrelado ao compromisso com a população, dispor de condições de trabalho e ter remuneração justa. Por outro lado, quando questionados sobre o fator de insatisfação no trabalho, os pontos mais citados foram condições de trabalho e remuneração salarial⁹¹. Neste trabalho, as enfermeiras do HRPa reconhecem que há uma boa interação entre a equipe, havendo ainda a troca de informações e saberes entre a equipe multiprofissional.

[...] a equipe é bem treinada, e isso facilita muito nosso trabalho, porque cada um sabe o seu papel, então eu não fico perdendo tempo em chamar atenção, em correr atrás não [...](E7).

É bom, o trabalho aqui é bom. Há uma boa interação. A equipe dos auxiliares e técnicos é muito competente, eles já sabem a função de cada um, o que cada um tem que fazer, você não tem que ficar mandando, eles assumem sozinhos (E8).

A questão do relacionamento interpessoal demonstra resultados particulares, ao passo que cada indivíduo com suas especificidades,

preferências e afinidades relata uma boa interação entre a equipe ou a falta dela.

Pontos facilitadores é assim... o bom entrosamento da equipe, e o que eu vejo aqui é que não tem, certo. Tem pessoas muito boas, tem pessoas muito folgadas e tem pessoas que procuram ajudar, tem pessoas que não querem nem saber, vem aqui só cumprir o horário [...] (E5).

O modelo de atenção do SUS seria marcado por: fragmentação do processo de trabalho; esgarçamento das relações entre os diferentes profissionais; precária interação nas equipes; burocratização, processos verticalizados; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores voltada para a gestão participativa; desrespeito aos direitos dos usuários⁴⁷.

A relação com os auxiliares de enfermagem é marcada pela hierarquia e pelo cumprir ordens, o que de certa forma causa dificuldades na relação entre as categorias de enfermeiras e auxiliares ou técnicos de enfermagem. No entanto, quando a enfermeira assume o papel do outro, ou seja, realiza atividades técnicas, essa passa a ser respeitada porque “trabalha” e não fica somente dando ordens.

E a relação com as auxiliares de enfermagem é sempre muito boa. Quando a gente participa ativamente do processo de cuidar, que a gente tá dentro do parto, que a gente tá no cuidado com o RN, que a gente tá participando de tudo, que a gente é visto circulando pelo C.O e fazendo realmente o que tem que ser feito, e as vezes até substituindo a mão de obra mais técnica, naquele momento que às vezes está meio apertado, isso valoriza muito a gente como profissional e a equipe te vê com outros olhos porque vc está ali como uma soma né. Porque a gente não ta ali só pra ficar dando ordens e nem vê o que está errado (E9).

Já a relação das enfermeiras com os médicos é pautada na troca de conhecimentos e saberes. No entanto, há a preocupação entre as enfermeiras de que estejam sempre preparadas para o trabalho em equipe, para os diálogos e discussões, sendo essa uma forma de obter o respeito na profissão.

Isso que vem ao encontro da política do HumanizaSUS, na qual a humanização supõe troca de saberes, inclusive com os clientes e sua rede social, diálogo entre profissionais e modos de trabalhar em equipe⁸⁵.

E a relação com os médicos também é boa, tirando um ou outro o que é natural, mas assim, eles são sempre disponíveis, a gente chama, eles escutam o que a gente coloca, eu não tenho dificuldade não (E7).

Outra coisa que eu acho boa é essa interação entre a equipe de enfermagem e os médicos, a gente fala eles acolhem, eles nos escutam, eles tem abertura pra isso, eles percebem que assim, tem o porquê eles estarem nos escutando porque sabe que a gente não vai falar besteira, eu acho que é isso (E8).

Segundo Brüggemann (2001), a humanização é um fenômeno situado na pessoa, sendo esta o centro do referencial, sendo assim o profissional de saúde que acompanha a mulher e o familiar durante o processo de nascimento, além de possuir competência técnica, precisa estar autenticamente presente, disponível e ser capaz de compreendê-los a partir do significado que os eles atribuem à experiência⁸⁷.

O exercício da prática profissional exige dos profissionais de saúde o domínio de um grande número de competências para oferecer serviços de qualidade⁷⁸. No entanto, a falta de um programa de educação continuada tem deixado os profissionais à margem de muitos conhecimentos, e a falta dessa qualificação tem sido sentida pelas enfermeiras.

Aqui se fala muito em Hospital Amigo da Criança, que se está querendo receber o título, mas eles não vão conseguir credenciar, pois não tem estrutura física, não tem profissional qualificado, nem médicos, enfermeiros e nem auxiliares de enfermagem, nós não estamos qualificados pra isso, entendeu (E11).

A questão da enfermagem e a falta de qualificação também foi encontrada em estudo realizado por Dotto (2008) *et al.* em Rio Branco, no Acre, que identificaram profissionais de nível médio executando uma série de atividades em obstetrícia para as quais não haviam recebido capacitação⁷⁸.

Estudos trazem a associação entre a presença de profissionais confusos, ou que fornecem pouca atenção à paciente, com uma menor satisfação com o parto. Dessa forma, a deficiência na comunicação resulta na discordância, na não aceitação das informações oferecidas, o que gera dificuldades em vários momentos do parto⁸².

5- CONCLUSÃO

Estudar os significados atribuídos pelas enfermeiras sobre a humanização do parto e nascimento e como elas refletem sobre as práticas desenvolvidas durante essa assistência permitiu trazer à tona a realidade desses serviços, bem como novos conhecimentos e perspectivas.

Este estudo buscou fazer a caracterização do perfil das enfermeiras que trabalham nas salas de parto; a identificação das ações e práticas realizadas que estão em conformidade com o preconizado pela OMS para o cuidado e a humanização do parto e nascimento e ainda, a atuação das enfermeiras durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato

O estudo revelou que são poucas as enfermeiras obstetras (25%) que trabalham na assistência ao parto nas instituições estudadas e que elas não têm atuado na condução do parto normal sem distócia, sendo este lugar destinado ao profissional médico.

Às enfermeiras ficou destinado o lugar do acolhimento, das orientações à parturiente durante o trabalho de parto e o incentivo aos puxos na hora do parto e a parte do gerenciamento dos profissionais de nível técnico e organização do serviço de enfermagem.

Embora não faça parte do estudo a comparação das duas instituições, chama a atenção a concentração de enfermeiros mais jovens e maior dificuldade em efetivar as práticas recomendadas para a humanização na atenção ao parto e nascimento no âmbito do centro obstétrico do Hospital do Paranoá, que está em funcionamento há 6 anos, em relação ao Hospital Regional da Asa Norte.

Os resultados evidenciam que grande parte das práticas preconizadas pela OMS como úteis à condução do parto normal ainda não estão sendo empregadas na sua totalidade nas salas de parto das instituições estudadas. Estratégias importantes e de baixo custo, como a participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a oferta de líquidos durante o trabalho de parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor, ainda não fazem parte da prática cotidiana das instituições.

A maioria das mulheres ainda é privada da presença de um acompanhante de sua escolha ou mesmo de pessoa que tenha a função exclusiva de dar apoio durante todo o processo de nascimento³². No entanto, as maternidades que adotaram essa prática tornaram-se geradoras de mudanças e referência para as que também almejam essas transformações na assistência⁸².

Considerando os pressupostos que fundamentam a humanização da assistência ao parto, pode-se constatar nas falas das enfermeiras que, embora contemplem aspectos importantes da humanização, ainda se prendem às práticas menos intervencionistas.

Muitos dos enfermeiros entrevistados colocaram as orientações como parte importante do processo da humanização e muito atreladas ao acolhimento, num enfoque em que sem orientações e acolhimento não existe humanização. Ou seja, não basta somente acolher a mulher, ouvi-la nos seus medos e ansiedade, é preciso dar as orientações necessárias para que ela possa participar mais ativamente do processo de parturição, podendo dessa forma até se sentir mais tranqüila, já que é conhecedora das etapas que estão por vir.

Apesar de o termo humanizar e seus derivados terem adquirido sentidos diversos, o movimento feminista adotou um conceito de humanização que significa uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia adequada baseada nas evidências científicas. E discute, ainda, que a assistência deve ser centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades das instituições e dos profissionais.

Os principais sentidos atribuídos pelas enfermeiras à humanização da assistência estão relacionados ao acolhimento para diminuir o sofrimento, a uma boa relação profissional-paciente e ao fornecimento de informações sobre o trabalho de parto, bem como aos cuidados a serem realizados.

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos, munidos de sua individualidade, de autonomia, ressaltando alguns princípios éticos que devem ser considerados pela equipe na relação com o usuário. A inclusão dos demais profissionais de saúde, bem como dos gestores, aparece como

importante fator de validação da humanização; porém ainda toma-se como referência o profissional de enfermagem como imprescindível para a efetivação de uma assistência humanizada.

Embora o estudo tenha sido realizado em duas instituições da rede pública de serviços de atenção à mulher no período parturitivo, não se tem a pretensão de generalização sobre as práticas desenvolvidas para a humanização do parto e nascimento no Distrito Federal.

A humanização do parto abarca várias dimensões que passam pela indissociabilidade da gestão e atenção à saúde, que irão influenciar o processo de trabalho dos profissionais de saúde e a satisfação dos usuários e familiares. Portanto, ao buscar conhecer as práticas e as representações das enfermeiras sobre essa problemática, tratou-se de um recorte dentro dessa complexidade maior, e acredita-se que a carga horária dedicada à observação de campo poderia ter contemplado diferentes momentos das atividades de forma a caracterizar o processo e as condições de trabalho das enfermeiras. Assim, considera-se que outros trabalhos contemplem essas nuances não reveladas, podendo se estender para a equipe de saúde.

Cabe ressaltar a necessidade de investimento na ambiência nesses serviços, compreendida para além da infra-estrutura, ou de reformas físicas, mas também incluindo as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e usuárias.

Faz-se necessário um esforço por parte dos enfermeiros na busca de conhecimentos técnico-científicos; do apoio das direções envolvidas e da gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; do investimento na qualificação desses profissionais; e da melhoria das condições de trabalho dessas maternidades. Isso para que os enfermeiros possam realizar os ajustes necessários na estruturação física e readequação das rotinas e dos protocolos assistenciais para adequação às práticas recomendadas pela OMS e às diretrizes da Política Nacional de Humanização na assistência às mulheres durante o parto e nascimento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS/FEBRASGO/ABENFO; 2001.
- 2- Leão MRC, Bastos MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. Rev Latino-americana de Enfermagem 2001 maio; 9(3):90-4.
- 3- Dana R. The tender gift: breastfeeding. New York: Schocken Books; 1973.
- 4- Gualda DMR. O significado do processo de parto no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: Cianciarullo TI. Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal. São Paulo (SP): Ícone; 1998. p. 30-42.
- 5- Osava RH. Estudo das representações do parto entre enfermeiras de maternidade do Município Paulista [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP; 1990.
- 6- Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: Conceitos, lógicas e Práticas no cotidiano de uma maternidade pública [tese]. Departamento de ensino e Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança da IFF/Fiocruz, 2006.
- 7- Leão VM, Oliveira SMJ. O papel da doula na assistência à parturiente. Rev. Min. Enf.; 10 (1): 24-29, jan./mar., 2006
- 8- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Disponível em: http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_5/ Acesso em 09 set,2010.

9- Morais FRR, Alves AM, Yopez, MA.T Da humanização ao cotidiano de desigualdades sociais na assistência ao parto e ao nascimento. Pesquisas e Práticas Psicossociais 2(2), São João del-Rei, Fev. 2008.

10- Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico [tese]. 129f. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

11- Costa LHR. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. Revista Brasileira de Enfermagem. 2000; 53(1): 39-46.

12- Largura M. Assistência ao parto no Brasil. Aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. 2ª ed. São Paulo: [s.n.], 2000.

13- Nonato TR. Humanização do parto nos contextos público e privado no Distrito Federal. Dissertação apresentada ao Departamento de Sociologia da UNB, 2007

14- Santos ML. Humanização da Assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico. Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de Santa Catarina, 2002.

15- Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. In: Giffin, Karen e Costa, SH. Questões da saúde reprodutiva. RJ: FIOCRUZ, 1999.

16- Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença; 1978.

17- Spink MJ. Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.p.339.

18- Wagner M. Pursuing the birth machine. The search for appropriate birth technology. 1994. Disponível

em:<<http://www.midwiferytoday.com/articles/technologyinbirth.asp>> Acesso em: 9 mai,2010.

19- Rezende JM. Caminhos da medicina. Disponível em: <<http://usuários.cultura.com.br/jmrezende/>>. Acesso em: 02 mar.2010.

20- Tornquist CS. Parto e poder: análise dos movimentos pela humanização do parto no Brasil. Tese (doutorado). Universidade Federal de Florianópolis. Florianópolis,2004.

21- Diniz CSG. Assistência e relações de gênero: elementos para uma releitura médica.Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo.1996.

22- Castro JC. Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto. Ribeirão Preto, 2003.Dissertação.Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

23- Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001.254f. Tese (Doutorado em Medicina preventiva). Faculdade de Medicina.Universidade de São Paulo. São Paulo.

24- Diniz CSG. Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3): 637, 2005.

25- Rattner D, Trench B. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo, Ed. Senac, 2005.

26- Jones RH. Humanização do parto: Qual o verdadeiro significado? Disponível em < <http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>>Acesso em: 18 fev.2010.

27- Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro.2004; 9(1): 7-14.

28- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília. 2004.

29- Couto GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, Apr. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Mar. 2010.

30- Savastano H, Novo DP. Aspectos psicossociais da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do eu. *Rev. Saúde Pública*.São Paulo,15.101-10.1981

31- 31- Tornquist CS. Parir e resistir: o parto sem dor e suas relações com os movimentos sociais do pós-guerra. Disponível em: <<http://www.cce.udesc.br/cem/simposioudesc/anais/st4/st4carmen.doc>>. Acesso em: 28 Ago.2010.

32- Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro. Dissertação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

33- World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 24: 436-37.

34- Wagner M. Appropriate perinatal technology of having a baby in Europe. In: *From Research to Decision Making*, WHO, Geneva, 1991. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, September 1992, Vol. 99, pp. 709 - 710
Disponível em: < <http://www.weikert.de/alexandra/who3.html>> Acesso em: 12 abril, 2010

35- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e o parto. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

36- Campestrini S. Alojamento conjunto e incentivo a amamentação. Curitiba: Educa, 1983.

37- Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciênc. Saúde Coletiva, 2005; 10(3): 615-26.

38- Ministério da Saúde, 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde

39- UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm> Acesso em: 12 março, 2010.

40- Rehuna. Disponível em: <<http://www.Rehuna.org.br>> Acesso em 15 fev, 2010.

41- Brasil. Ministério da Saúde, 1996. Oito Passos para a Maternidade Segura. Guia Básico para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

42- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p.47-8.

43- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2883/, de 04 de junho de 1998. Institui o Prêmio Galba de Araújo. Disponível em: < http://sna.saude.gov.br/legisla/informes/GM_P1.406_99informes.doc>. Acesso em: 27 nov. 2009.

44- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 985/99, de 05 de agosto de 1999. Criação dos Centros de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília DF, 08 de agosto de 1999.

45-Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília,DF,2001.

46 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000.

47- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.80p.

48- Brasil. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 8 abr.

49- Brasil. LEI Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2007; 28 dez.

50- Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA, RDC Nº 36 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

51- Wagner M. Technology in Birth: first do no harm. In Midwifery Today; 2000. Disponível em: <<http://www.midwiferytoday.com/articles/technologyinbirth.asp>> Acesso em: 9 mai,2010.

52- Frankman EA, Wang L, Bunker CH, et al. Episiotomy in the United States: has anything changed? Am J Obstet Gynecol 2009;200:573.e1-573.e7. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)02241-2/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)02241-2/abstract)> Acesso em: 13 de mar.2010.

53- Jennifer L. Home birth and out-of-hospital birth: Is it safe? How safe is that hospital anyway? Disponível em: <<http://www.gentlebirth.org/ronnie/homejgg.html>> Acesso em: 05 de fev.2010

54- McKay S. Models of Midwifery care. Denmark, Sweden and Netherlands. Journal Nurse Midwifery. 1993 Mar-Apr;38(2):114-20. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8492190>> Acesso em: 13 de mar.2010

55- Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.

56- Distrito Federal. Saúde da Mulher - Núcleo de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em 27 mar.2010

57- Programa de Humanização da Assistência no DF. Disponível em:<http://www.agecom.df.gov.br/042/04299003.asp?ttCD_CHAVE=23182> Acesso em: 09 de abr.2010. Agência de comunicação do governo do DF,2006.

58- COFEN.Decreto Nº 94.406, de 8 de Junho de 1987 Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem.

59- Humanização do Parto nos hospitais privados do DF. Disponível em: <<http://redehumanizausus.net/node/9608>> Acesso em: 09 de abr.2010.

60- Moscovici S. Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social . Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.p.404

- 61- Jodelet D. As representações Sociais. Rio de Janeiro: ED: UERJ.2001.420p.
- 62- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2000.
- 63- Grey M. Método de coleta de dados.In:Haber J, LoBiondo-Wood G, et al. Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro Guanabara Koogan;2001
- 64- Ludke ML, André M EDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo:EPU,1986.
- 65-Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002
- 66- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa:Edições 70. 1977.
- 67- SES. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em 27 mar.2010
- 68- Brasil. Cartilha da Política Nacional de Humanização – Ambiência. Secretaria de atenção á saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. 2ªed.Brasília,2006.
- 69- Fornazari DH. Atuação da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP 2009.
- 70- Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev. bras. enferm. [online]. 2004, vol.57, n.5, pp. 605-610. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672004000500018.
- 71- Relatório de Eventos Vitais (DIVEP) DF/ SES. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 12 mai.2010

72- Tanaka ACdA. Saúde da mulher brasileira. In: Ciancarullo, TI, Gualda DMR, Melleiro, MM, editors. C&Q Indicadores de qualidade: Uma abordagem perinatal. São Paulo, Ícone; 1998.p.15-32

73- VILLAR et al. Rates and Pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin América. Lancet 2006; 367: 1819–29.

74- Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1996 Feb [cited 2010 mar. 29] ; 30(1): 19-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910199600010004&lng=en>. doi: 10.1590/S0034-89101996000100004.

75- Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

76- Almeida EA, Martins Filho J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. Rev Ciências Medicas. 2004; 13(4): 381-8.

77- Odent M. A cientificação do amor. Florianópolis: Saint German, 2002

78- Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Desempenho das competências obstétricas pela equipe de saúde. Esc. Anna Nery. Rev. Enfermagem 2008;dez 12(4):717-25.

79- Klaus MH.et al. Effects of a social support during parturition on maternal and infant morbidity. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;293:585-587 (6 September), doi:10.1136/bmj.293.6547.585 Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/293/6547/585>> Acesso em: 20 mai,2010.

80- Diniz SG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e homem também). São Paulo: Editora UNESP, 2004.

81- Harper B. Gentle Birth Choices. Healing Arts Press. Rochester, Vermont, 2005.

82- Gualda DMR, Stefanelli MC. O processo de parto na perspectiva cultural: a experiência de mulheres numa comunidade de baixa renda. In: Merighi MAB, Praça NS, org. Abordagens teórico metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.p.93 - 105.

83- Maldonado MTP. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 16.Ed. São Paulo:Saraiva,2002.p.229.

82- Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.Cad. Saúde Pública 2003; 19: S419-S427.

83- Bogus CM, Venâncio SI. Práticas educativas e humanização da assistência. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo: Instituto de saúde; 2003.30: 10-1.

84- Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. Revista Latino Americana de Enfermagem, Riberão Preto, v.17, n.2, p.153-159,2009.

85- Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: manual técnico. Brasília,2000. 65p

86- Diniz CSG. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos: Novas questões para o campo da saúde. 2003. Disponível em : < www.mulheres.org.br> acesso em:15 de maio, 2010

87- Brüggemann OM. Buscando conhecer as diferentes partituras da humanização. In: Oliveira ME, Zampieri FM, Brüggemann OM. A melodia da

humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis:Cidade Futura,2001.

88- Schneider DG et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Revista Texto e Contexto Enfermagem .Florianópolis, v. 17, n. 1, p.81-89,2008.

89- Odent M. O renascimento do parto. Tradução Roland B. Cavalheiros. Florianópolis: Saint German, 2002.

90- Silva BM da, et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n.3, p.442-448, 2006.

91- Batista AAV. Et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 39, n. 1,p.85-91, 2005.

APÊNDICE – A QUESTIONÁRIO 1

Iniciais:

Data:

1- Qual é a sua idade? _____ anos

2 - Onde você mora? _____

3 – Sexo: Feminino () Masculino ()

4 – Onde você nasceu? Cidade, Estado _____

5 – Qual seu estado civil?

Casado () solteiro () viúvo () separado () divorciado () união estável ()

6 – Você tem filhos? Sim () Não () Quantos?

7 – Se respondeu sim, à questão anterior responda. Caso contrário passe para a questão 8.

Como foi (foram) seu (s) parto (os)? Se do sexo masculino, como foram os partos da sua esposa?

Parto normal ()

Parto normal com analgesia ()

Parto normal com indução ()

Cesariana de urgência ()

Cesariana por complicações de saúde da mãe ou do feto ()

Cesariana agendada ()

8 - Há quanto tempo você trabalha nesta instituição?

9 - Há quanto tempo você trabalha em sala de parto?

10- Você gosta de trabalhar em sala de parto?

Sim () Não ().

Por quê?

7 – Você tem pós-graduação?

Sim () Não ()

Quais

áreas: _____

8 – Já fez algum curso de humanização da assistência? Quais?

APÊNDICE – B QUESTIONÁRIO 2

Neste questionário gostaria que você indicasse quais práticas são rotineiramente realizadas durante o trabalho de parto, parto e puerpério onde você trabalha. Você pode indicar S (sim), N (não), A (às vezes).

1. () Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento;
2. () Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
3. () Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto;
4. () Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
5. () Uso rotineiro de episiotomia;
6. () Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
7. () Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem, tempo de parto, dilatação, sensações...etc;
8. () Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
9. () Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;

10. () Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto;
11. () Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto pelo uso do partograma;
12. () Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;
13. () Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa;
14. () Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto;
15. () Amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto;
16. () Uso rotineiro de ocitocina em qualquer momento antes do parto;
17. () Clampeamento precoce do cordão umbilical;
18. () Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto;
19. () Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
20. () Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto

APÊNDICE – C ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questões norteadoras para a entrevista

1- O que significa humanização da assistência ao parto e ao nascimento pra você?

2- Quais são os cuidados oferecidos à mulher durante o trabalho de parto, parto, e puerpério?

3- Como se desenvolve a relação entre você e a mulher?

4- Como se desenvolve o seu trabalho com os outros membros da equipe?
Como que a equipe interage?

5- Como é a questão do acompanhante na sala de parto?

6- Quais os pontos facilitadores do atendimento a mulher?

7- Quais são as dificuldades encontradas no atendimento à mulher?

8- Você teria alguma sugestão para se avançar no processo da humanização aqui neste serviço?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O presente termo refere-se a um convite a participação da(o) Senhora(r) _____ na pesquisa "Atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento: no Distrito Federal". A pesquisa tem como objetivo, apreender as percepções das enfermeiras diante da assistência prestada e sua relação com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde e Políticas de Humanização da

Assistência ao Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. Será realizada durante os meses de junho e julho, por meio de aplicação de questionário, entrevista gravada e observação participante na sala de parto. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário e a entrevista. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-los. Lembramos que sua identidade será mantida em sigilo.

Informamos que a Senhora(o) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo no âmbito da sua profissão ou da instituição.

A pesquisa será realizada pela pesquisadora, Alessandra Alves de Vasconcelos. Não há riscos decorrentes da participação na pesquisa e os benefícios são os de fornecer informações para subsidiar a implementação de estratégias de educação permanente em serviço para que as maternidades do Distrito Federal se tornem modelo de atenção humanizada no parto e nascimento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em local destinado a esta finalidade neste Hospital podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF protocolo nº 108/09. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955. Contatos da pesquisadora: 81479077 e 96542636.

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

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

