



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Da Silva, Thayná Champe; Bisognin, Priscila; Prates, Lisie Alende; Wilhelm, Laís Antunes; de Bortoli, Cleunir de Fatima Candido; Ressel, Lúcia Beatriz. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(1). Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0886.php>

AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS

Thayná Champe da Silva¹, Priscila Bisognin¹, Lisie Alende Prates¹, Laís Antunes Wilhelm¹, Cleunir de Fatima Candido de Bortoli¹, Lúcia Beatriz Ressel¹

¹Universidade Federal de Santa Maria Santa Maria. Rio Grande do Sul (Brasil)

RESUMO: Trata-se de estudo de campo, descritivo com abordagem qualitativa, que tem por objetivo conhecer como os enfermeiros realizam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento em um centro obstétrico do interior do Rio Grande do Sul. Estima-se um total de 11 enfermeiros do Centro Obstétrico. Como critérios de inclusão serão enfermeiros que estejam atuando em um tempo mínimo de três meses, e de exclusão, aqueles que estiverem afastados por licença médica, licença maternidade ou de férias no período da realização da coleta de dados. Para coleta de dados será utilizada a entrevista semiestruturada e para a análise dos dados por meio da Proposta Operativa de Minayo. O estudo atenderá todos os preceitos éticos de acordo com a resolução 466/2012.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher, Assistência ao Parto, Humanização de Assistência ao Parto, Parto Natural.

1 INTRODUÇÃO

O parto é considerado um momento único e marcante na vida da mulher, carregado de significados construídos e reconstruídos a partir da singularidade e da cultura de cada parturiente (LOPES et al, 2009). Nesta direção, têm-se atualmente, uma linha de discussão no cenário da saúde que aponta para a assistência obstétrica humanizada, que é aquela que visa a promoção do respeito, dos direitos da mulher e da criança, amparada em condutas baseadas em evidências científicas. Nesta linha de pensamento, as ações voltadas à humanização do parto e do nascimento, proporcionam reflexão sobre a assistência obstétrica adotada no passado, quando um menor número de intervenções eram realizadas (GALLO et al, 2011). Dito isso, o cuidado realizado no parto pode refletir de modo positivo ou negativo na vivência reprodutiva da mulher, do recém-nascido, do companheiro, da família e da comunidade.

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas realizadas no mundo todo. Com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Nesta direção, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de dar seguimento na classificação desenvolvida em 1996 pela OMS, implantou no ano 2000 um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Essa estratégia tinha como desígnio o resgate da atenção obstétrica qualificada, integrada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, com o envolvimento dos estados e municípios (BRASIL, 2000a).

Contudo, para a obtenção de resultados positivos após a implantação desses programas governamentais, necessário agentes capacitados para sua realização, por isso os diferentes profissionais de saúde se tornam imprescindíveis na mudança deste cenário: como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais dentre outros, todos são de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência em geral. Suas singularidades profissionais, somadas, podem ser usadas em prol da efetivação do que se objetiva com os programas e estratégias de humanização do parto e nascimento. Destaca-se, desta forma, que o trabalho em equipe multiprofissional deveria traduzir-se por ser aquele

desenvolvido por várias profissionais, atuando de forma que respeitem os limites de suas especificidades, com o intuito de gerar um bem comum ao paciente assistido.

Por outro lado, evidências epidemiológicas demonstram que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas. Ressalta-se que o país apresenta-se como um dos campeões nas taxas de parto cirúrgico, pois, nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, em que as cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. Já no sistema público de saúde, a taxa é consideravelmente menor de 40%, mas, mesmo assim é elevada, se considerarmos a recomendação de 15%, que a Organização Mundial de Saúde preconiza (BRASIL, 2015). Destaca-se com isso, que as cesáreas sem indicação, contribuem para o acréscimo da morbimortalidade materna e infantil e vai de encontro à integridade e bem estar físico da mulher e do recém-nascido.

A busca pelo cuidado humanizado no parto e nascimento é uma temática de grande interesse atualmente, ainda que os caminhos percorridos para se alcançar tal objetivo seja um grande desafio. Portanto, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Entretanto, a realidade de muitos serviços de saúde demonstra resistência a essas recomendações, principalmente nos Centros Obstétricos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Justifica-se assim, o interesse em desenvolver o presente estudo, tendo em vista que a revisão da literatura presente neste projeto foi constatada que embora os profissionais de enfermagem sejam aqueles que mais realizam pesquisas sobre esta temática, a região sul ainda carece de mais investigações quando comparadas com as demais regiões do país. Além disso, entende-se ser fundamental compreender o processo de parto e nascimento e suas necessidades de cuidado, principalmente na perspectiva dos enfermeiros. Ainda, ao longo da graduação da pesquisadora, o desenvolvimento de atividades como a participação em grupos e vivências relacionadas à gestação e ao processo de parturição, suscitou interesse em desenvolver este tema de pesquisa.

Somando-se a isso, a participação no grupo de pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, especificamente na linha de pesquisa “saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”, reforçou este interesse. Reitera-se também que, a agenda de prioridades em pesquisas na saúde, do Ministério da Saúde, enfatiza a efetividade da humanização da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2008), acolhendo estudos que viabilizem esta reflexão.

Nesta linha de pensamento, apresenta-se como questão orientadora desta pesquisa: “como os enfermeiros realizam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento em um centro obstétrico do interior do Rio Grande do Sul”. Onde o objeto do estudo são as “boas práticas de atenção ao parto e nascimento”. Assim, vislumbra-se o objetivo deste estudo que é o de “conhecer como os enfermeiros realizam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento em um centro obstétrico do interior do Rio Grande do Sul”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Ao longo da história, o ato de nascer passou a ser encarado como um evento complexo e com caráter intervencionista, deixando de ser um processo fisiológico, e assim, elevando as taxas de cesáreas em todo país. Nessa direção o cuidado prestado à mulher durante o processo de parto e nascimento sofreu muitas mudanças ao longo dos anos, decorrentes da institucionalização do parto e da medicalização do corpo feminino e dos avanços tecnológicos nessa área (ZAMPIERI; OLIVEIRA; BRUGGEMANN, 2001). Sabe-se que nos anos medievais, o parto era assistido por mulheres em ambiente domiciliar, as chamadas parteiras ou comadres, pessoas essas de confiança da gestante e da família, ou de experiência reconhecida dentro das comunidades, que apresentavam algum tipo de saber acerca dos mecanismos de reprodução e parto (PROGIANTI; BARREIRA, 2001). A participação do sexo masculino nesse evento era muito velada e, até o século XII, era considerada uma ação contrária aos padrões sociais e culturais existente na época. A assistência à parturiente era avaliada como assunto de mulheres, onde as parteiras mostravam-se favoráveis à criação de um clima emocional necessário, e através de suas orações e crenças, eram responsáveis pelo alívio da dor das contrações, condicionando os homens apenas a realizar assistência ao parto de animais (SATO; BRITO, 2004). De acordo com Riesco e Tsunehiro (2002) o primeiro documento legal no Brasil, que registra o ensino de parteiras é datado de 1832, e fornecido pela Faculdade de Medicina, que entre outros cursos, incluiu em seu currículo, o Curso de Partos.

As parteiras, sem acesso à universidade e ao ensino científico, se tornaram subordinadas ao conhecimento dos cirurgiões, e gradativamente foram se afastando das práticas obstétricas onde assistiam o parto vaginal. Concomitante, ao longo do século XIX novas técnicas de cirurgia e de alívio da dor durante o trabalho de parto foram sendo desenvolvidas, assim se tornando importantes medidas para a consolidação da institucionalização do parto e nascimento (VIEIRA, 2002).

No século XX, a inserção das práticas médicas na vida das mulheres, família e sociedade, passou a ser observado com mais ênfase nas mulheres pertencentes às classes sociais mais altas, pelo fato do poderio econômico e pela possibilidade de acompanhamento médico dentro dessas famílias. A idealização do parto ideal, por parte dessas mulheres, estava amparada na ausência de dor e no máximo nível de conforto possível, fato assegurado pela assistência médica da época. Assim, a disseminação do evento do parto como um ato médico leva a institucionalização e hospitalização do parto, à medicalização da mulher e ao uso indiscriminado de tecnologias consideradas ineficazes e desnecessárias nos dias atuais (VARGENS; PROGIANTI, 2004).

No Brasil, essa posição ocupada pela assistência médica, perdura até os dias de hoje, onde o país se encontra com uma das maiores taxas de cesarianas do mundo, reflexo do processo de medicalização do corpo feminino que ocorreu persiste ainda hoje (BRASIL, 2003). Outrossim, cabe destacar que as cesarianas contribuíram para a redução da mortalidade materna e neonatal, contudo, estimula-se que a sua realização ocorra em casos que realmente sejam necessários, por exemplo, distocia, desproporção cefalopélvica e má posição fetal, mas que sobretudo seja considerada a opinião da parturiente (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Não podemos deixar de destacar, que o advento das tecnologias médicas, foram essenciais para a constituição e fortalecimento da atuação de outras áreas e profissionais da saúde no cenário do parto e do nascimento, dentre elas, destaca-se a enfermagem. Desde meados do século XIX, quando foi regulamentado o ensino de enfermagem no Brasil, essa profissão sofreu inúmeras mudanças e foi ganhando espaço e respeito no âmbito da saúde, principalmente no que diz respeito à área materno-infantil (SHIRATORI; LEITE, SOUZA, 2004).

Nesse âmbito de mudanças, no que concerne à área materno-infantil, surgiu a necessidade de atuação mais especializada por parte da enfermagem, dando espaço para a constituição da enfermagem obstétrica. No cenário atual, o trabalho realizado por essa gama de profissionais tem sido impulsionado pelas políticas nacionais de saúde. A partir da década de 90, O Ministério da Saúde apoiou financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, devido à compatibilidade dessa formação com as tendências contemporâneas de atenção a gestação, parto e puerpério (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

No final dos anos 1970, o movimento feminista trouxe à tona a proposta de incorporar a saúde da mulher a outras questões de importância, tais como, acesso ao pré-natal de qualidade, melhores condições no cenário do parto e, ainda, outras prioridades no que se refere a condições de trabalho, sexualidade e gênero, anticoncepção e a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (OSIS, 1998).

As primeiras inquietações referente à saúde materno-infantil tiveram início durante a transição do Estado Novo até ao Regime Militar. Em meados de 1975 foi instituído o Programa de Saúde Materno-infantil, que ampliou o olhar para a saúde da mulher, para além da ótica da reprodução, tendo como desígnio a diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade da mulher e da criança. Nesse período são figuradas as primeiras mudanças em relação às políticas públicas de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 1983).

Os estudos realizados no Brasil demonstram que os anos 1980, representaram um salto na história das políticas públicas voltadas ao interesse da atenção ao parto, com abordagem de outros ciclos da saúde da mulher que excedem a esfera reprodutiva. No processo de abertura política no Brasil, mulheres e profissionais de saúde iniciaram discussões com o Ministério da Saúde (MS) para a elaboração e concretização de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito e autonomia a seus direitos de cidadã (MATOS et al, 2013). Assim a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) se deu em 1983, mas foi a partir de 1984 que efetivamente as ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher começaram a sair do papel (OSIS, 1998). Esse programa foi um marco nas mudanças que ocorreram na atenção à saúde das mulheres, pois incluía uma gama de ações que instituía a assistência da mulher nas várias necessidades de saúde da população feminina.

Com a institucionalização do (PAISM), no ano de 1984, essa área temática passou a ganhar realce nos setores públicos e privados de atenção à saúde da mulher, além de incitar a participação do enfermeiro como protagonista na atuação desses serviços. Esse programa foi um ápice nas transformações que incidiram na atenção à saúde das mulheres, pois abarcava a proposta de ações que englobavam a assistência à mulher nas várias esferas e necessidades de saúde, entre elas, conglomerando o planeamento familiar, o pré-natal, a prevenção de câncer uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis; a assistência ao parto e puerpério e mais tarde para a atuação voltada à saúde de mulheres com idade superior a 50 anos (BRASIL, 1984).

Ao longo dos anos 1980, e mais densamente na década de 1990, fortaleceram-se as discussões sobre o modelo do parto instituído no país, o qual estava enraizado em ações intervencionistas e medicalizadoras (BRASIL, 1996). Nesse período, o Ministério da Saúde lançou uma série de medidas que tiveram por objetivo a valorização do parto vaginal e a busca pelo resgate do parto como um evento fisiológico, com a finalidade de diminuir as altas taxas de cesarianas (BRASIL, 2000a).

Nesta direção, o MS se manifestou em documentos, por meio de portarias facultando um maior leque de ações em relação ao envolvimento de outros profissionais de saúde, que não só os médicos, para atuar em partos normais. A Portaria nº 163 foi a primeira, referenciando o

apoio à enfermagem obstétrica e emitida pelo MS, em 22 de setembro de 1998 (BRASIL, 1998). E mais recentemente assinou a Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamentou a emissão de Declaração de Nascimento por profissionais de saúde nos partos domiciliares (BRASIL, 2009), deixando de ser atividade exclusiva dos médicos, e ampliando esta ação também para as enfermeiras obstétricas, obstetrizes e parteiras tradicionais, com isso indicando, o reconhecimento e a valorização dos partos realizados por enfermeiros. Nesse sentido, mudanças começaram a ser implantadas com a finalidade de incentivar o parto vaginal, o alojamento conjunto e a desmedicalização do parto, além de proporcionar aos profissionais de saúde a compreensão do direito da mulher em participar ativamente do processo de parturição e o respeito aos seus direitos de escolha quanto à sua vida e à sua saúde (SODRE; LACERDA, 2007).

O movimento pela humanização do parto, no Brasil, foi impulsionado por experiências em vários estados a partir da década de 1970, por profissionais dissidentes inspirados em práticas de parteiras e índios. Vários grupos, na década de 1980, propuseram mudanças nas práticas de assistência à gravidez e ao parto, e em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), que em seu documento denominado *Carta de Campinas* denuncia as circunstâncias de violência, constrangimento e condições pouco humanas no tratamento das mulheres e crianças no momento do nascimento (DINIZ, 2005).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) das práticas comuns na condução do parto normal, orientando quanto ao que deve desenvolver uma classificação, e o que não deve ser feito no processo do parto. Dentre as práticas úteis e que devem ser estimuladas, pode-se citar o plano individual de cuidado, o respeito à escolha das mulheres, o fornecimento de informações claras e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Evidencia-se também, como práticas prejudiciais ou ineficazes, o uso rotineiro de enema, a tricotomia, a posição litotômica; e como prática sem evidência científica suficiente, e que, portanto, devem ser utilizadas com cautela, o uso rotineiro da ocitocina; e ainda, como práticas usadas de modo inadequado a restrição hídrica e alimentar, o controle da dor por analgesia peridural, a correção da dinâmica uterina com utilização da ocitocina e exames vaginais, como toque vaginal rotineiramente.

Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas por meio de pesquisas feitas no mundo todo. É importante ressaltar que o termo humanização foi adotado somente no ano 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria GM n. 569, de 1º/06/2000. Este programa tinha por prioridade promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2000a).

Após a implantação do PHPN, observou-se que este não alcançou devidamente suas metas, pois se apresentava com dificuldade em relação ao acesso nos serviços de saúde, devido à falta de infraestrutura para o acolhimento dos usuários e a deficiência no número de profissionais capacitados e materiais necessários. Além disso, as mulheres relatavam incerteza durante o período gravídico pela falta de leitos nos hospitais. (DIAS; DESLANDES, 2006; PARADA; TONETE, 2008). No ano de 2003, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que teve como princípios teóricos metodológicos a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivo (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

No ano de 2004, o MS, seguindo a linha do PAISM, elaborou em parceria com o movimento de mulheres, do movimento negro, de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, organizações não governamentais e gestores do SUS, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2004). O documento da PNAISM manteve questões relativas à assistência integral à saúde da mulher como clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, presentes no PAISM, e incluiu demandas de saúde da mulher, conforme lacunas e necessidades identificadas anteriormente. A PNAISM fundamentou-se nos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade) e na inclusão da discussão de gênero. Assim, a partir dos princípios doutrinários do SUS e das demandas identificadas, buscou efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e no tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e de portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004).

Especificamente, a fim de adotar medidas que possibilitassem o avanço da organização e da regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto, o MS instituiu no ano de 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta trouxe em seu bojo o estabelecimento de ações que integrassem todos os níveis de complexidade, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra referência a fim de garantir o adequado atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, (BRASIL, 2005). Em 2005, também se tornou conhecida a Lei que regulamenta a presença do acompanhante na sala de parto - Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Em relação a isso, destaca-se que a participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento, mesmo sendo amparada legalmente, ainda é um processo em construção, e envolve diversos aspectos, entre eles, as condições físicas e ambientais dos hospitais, a qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento do

acompanhante e atitudes de submissão das gestantes diante de seus direitos (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o programa Rede Cegonha, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência do parto e nascimento. Este programa representa uma ampla e importante estratégia para implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta o acolhimento capacitado, a integralidade da assistência, e a redução dos índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2011; CAVALCANTI, 2013). Enfim, a Rede Cegonha é um grande desafio para o governo e para o SUS, porém é uma importante estratégia que garante a assistência integral e humanizada para a mulher e seu filho.

Ainda que o cenário correspondente ao parto e nascimento tenha sofrido importantes modificações, visualizam-se estratégias de continuidade e consolidação das políticas públicas vigentes. Neste contexto, a enfermagem, como profissão de grande protagonismo na saúde do Brasil ao longo dos anos, se tornou uma importante aliada na luta pela busca da realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, valorizando e respeitando a figura da mulher e garantindo proteção e cuidado com recém-nascido.

2.2 PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Para este tópico foi realizada uma revisão integrativa em que percorreram-se as etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa, estabelecimento dos critérios para a seleção dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A questão que orientou a pesquisa foi: Quais são evidências disponíveis na literatura sobre as práticas de atenção ao parto e nascimento desenvolvidos pelos profissionais de saúde no Brasil?

Os critérios de inclusão foram: pesquisas originais realizadas no Brasil, publicadas nos idiomas inglês, português ou espanhol; disponíveis online e gratuitas; estudos a partir de 1996. Destaca-se o marco temporal adotado para iniciar a busca, pois pauta-se em uma publicação lançada pela OMS em 1996 a respeito das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Como critérios de exclusão: trabalhos que não contemplavam a temática ou não respondiam à questão orientadora. A busca bibliográfica ocorreu no mês de setembro de 2015, na base de dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS).

Na base BDENF, utilizou-se a seguinte estratégia de busca por descritores de assunto: SAUDE DA MULHER and assistencia ao PARTO or humanizacao de assistencia ao

PARTO or "humanizacao do PARTO" or "PARTO humanizado" or PARTO natural or PARTO normal. Da mesma forma na base LILACS SAUDE DA MULHER and assistencia ao PARTO or "humanizacao de assistencia ao PARTO or PARTO humanizado or PARTO natural or "PARTO normal". Na biblioteca eletrônica SciELO, a estratégia de busca foi por meio do assunto: SAUDE DA MULHER or ATENCAO A SAUDE DA MULHER and PARTO E NASCIMENTO or PARTO HUMANIZADO or PARTO NATURAL or PARTO NORMAL or PARTO VAGINAL or PARTO, PARTO HUMANIZADO.

Na BDENF foram encontrados 63 estudos e selecionados seis, pois oito estavam repetidos na base; dezenove não correspondiam à temática ou não respondiam a questão de pesquisa; trinta não eram artigos de pesquisas originais, eram teses, dissertações, revisões e relatos de experiência ou não eram estudos realizados no Brasil. Na SCIELO, foram encontrados 20 estudos; destes, onze não possuíam relação com a temática ou não respondiam à questão de estudo, e três não eram artigos de pesquisas originais; sendo selecionados seis estudos. Na LILACS, foram encontrados 89 estudos, contudo, 32 não se relacionavam com a temática ou não respondiam a questão de pesquisa, 45 não eram artigos de pesquisas originais ou não eram estudos realizados no Brasil, e nove repetiram-se entre as bases e a biblioteca virtual, restando três estudos para análise. Portanto, foram analisados 15 estudos, provenientes das duas bases e da biblioteca eletrônica.

Os artigos selecionados ainda foram lidos na íntegra e dispostos em um quadro analítico, contendo a identificação do artigo, objetivo, método empregado, e as práticas de atenção ao parto e nascimento realizados pelos profissionais de saúde. Este quadro foi desenvolvido para organização dos dados e, posterior, análise. A análise textual qualitativa foi empregada para análise e avaliação dos estudos, de modo que o conteúdo da análise se formou a partir das produções científicas (MORAES, 2003). Esse método envolve a análise de textos e discursos, considerando que este é uma formação discursiva (MORAES, 2003). Esse tipo de análise mostra-se útil, quando se pretende fazer uma síntese em que as principais questões sejam reconstruídas e sistematizadas. Ainda ressalta-se que os princípios éticos do estudo foram preservados, tendo sido referenciado adequadamente todos os autores das pesquisas consultadas, conforme a Lei dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

Dentre os 15 artigos analisados, 14 (93,3%) consistiam em pesquisas com abordagem qualitativa, uma pesquisa (6,6%) como quantitativa. A maioria das publicações foi realizada na região Sudeste com seis (40%) estudos e Nordeste com cinco (33,3%) estudos, seguida da região Sul com quatro (26,6%). Quanto aos anos de publicação, identificou-se quatro publicações no ano de 2012 (26,6%), três (20%) publicação no ano de 2011, duas (13,3%) no ano 2009 e 2013, uma (6,6%) nos anos de 2004, 2005, 2010 e 2015. Salienta-se que nos últimos

anos as questões relacionados a humanização no parto e resgate das boas práticas de atenção ao parto e nascimento se intensificaram, possivelmente justificando o número de publicações em anos recentes. Por exemplo, o próprio manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (OMS, 1996), e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Entre os periódicos científicos que se destacaram na publicação dos artigos tem-se a Revista de Pesquisa: Texto e Contexto com três publicações (20%). Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Revista de enfermagem UERJ, Revista de Enfermagem de Brasília e Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste com duas publicações cada (13,3%). A Revista Cuidado é Fundamental Online, Revista de enfermagem da UFSM, Cogitare Enfermagem e Revista de enfermagem da USP com uma publicação cada (6,6%).

Destaca-se a Enfermagem como área profissional que mais produziu estudos, com 14 (93,3%) sobre a temática, seguidos pela Medicina com um estudo (6,6%). Considera-se compreensível este número de estudos realizados pela enfermagem, tendo em vista a importância que esta área profissional atua neste cenário. Acredita-se que a enfermagem tenha um papel essencial na mudança das práticas de atenção ao parto, pois o enfermeiro que tem uma formação humanista e solidária poderá servir de articulador na operacionalização da Política de Humanização do Parto e Nascimento (SILVA et al, 2013).

Quanto aos cenários, verificou-se que os estudos foram realizados em Centros Obstétricos e em maternidades de hospitais privados e públicos. Em relação aos objetivos das pesquisas analisadas, a maioria delas destacavam as práticas de cuidado uteis e que devem ser estimuladas às mulheres no processo de parturição, por exemplo, acolhimento, respeito a escolha do acompanhante, uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, liberdade e autonomia. Porém encontrou-se publicações onde práticas prejudiciais ou ineficazes eram realizadas pelos profissionais de saúde, muitas vezes sem o consentimento ou respeito às opiniões das mulheres envolvidas. A seguir apresenta-se a figura com os estudos incluídos na revisão.

Figura 1: Estudos selecionados para a revisão

| Referência | Práticas de atenção ao parto e nascimento desenvolvidas |
|------------|--|
| A1 | SANTOS L.M. et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. R. Enferm. UFSM , v. 1, n.2, Mai/Ago, 2011. |
| A2 | CASSIANO A.N. et al. Percepção de Enfermeiros sobre a Humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato J. res.: fundam. care. Online , Jan-mar, 2015. |
| A3 | SANTOS F.R.P. et al. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. Esc Anna Nery R Enferm , v. 9, n. 1, p. 46-53, 2005. |
| A4 | SANTOS L.M. et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do |

| | |
|-----|--|
| | acompanhante no processo parturitivo. Rev Rene , v. 13, n.5, 2012. |
| A5 | BARROS L.M; SILVA R.M. Atuação da enfermeira na assistência a mulher no processo de parturição. Texto Contexto Enferm , v. 13, n.3, p.376-382, jul-set, 2004. |
| A6 | PROGIANTI J.M; MOUTA R.J.O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. Rev. enferm. UERJ , Rio de Janeiro, abr/jun 2009 |
| A7 | MOREIRA K.A.P. et al. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. CogitareEnferm , v. 14, n.4, p. 720-728, Out/Dez 2009. |
| A8 | CARVALHO V.F. et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do Sul do Brasil. Rev. Rene , vol. 11, Número Especial, p. 92-98, 2010. |
| A9 | PRATA J.A; PROGIANTI J.M. A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. Rev. enferm. UERJ , Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.23-28, jan/mar 2013. |
| A10 | PROGIANTI J.M; PORFÍRIOA.B.Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade alexanderfleming (1998-2004). abesc Anna Nery , v. 16, n. 3, p. 443-450, jul-set, 2012. |
| A11 | BUSANELLO J. et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. RevBrasEnferm , Brasília, v.64, n. 5, p. 824-832, set-out, 2011. |
| A12 | MALHEIROS P.A.et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto Contexto Enferm , Florianópolis, v. 21, n. 2, Abr-Jun 2012. |
| A13 | SILVA R.C. et al. O discurso e pratica do parto humanizado de adolescentes. Texto Contexto Enferm , Florianópolis, v. 22, n. 3, 2013 |
| A14 | CARVALHO V.F. et al. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normas. RevEscEnferm USP , v. 46, n.1, 2012. |
| A15 | PROGIANTI J.M; COSTA R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto RevBrasEnferm , Brasília, v. 65, n. 2, mar-abr, 2012 |

Analisando os artigos incluídos nesta revisão, é possível identificar duas direções opostas de cuidado à parturiente: as práticas humanizadas na atenção ao parto e nascimento práticas prejudiciais que se configuram como obstáculos para a realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento no cenário brasileiro. Aproximadamente 11 estudos (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A12, A15) (73,3%) analisados mencionam como necessário evitar o uso de práticas rotineiras e desnecessárias.

A partir da revisão compreende-se que o processo de humanização do parto e nascimento tem início durante as primeiras consultas de pré-natal, através de informações, esclarecimentos e acolhimento realizadas pelos profissionais de saúde, além de orientações acerca do processo de parturição, cuidados com recém-nascido e seus direitos perante a lei (WOLFF; WALDOW, 2008).

Algumas publicações destacam as boas práticas ao parto e nascimento demonstradamente úteis, e que devem ser estimuladas como a valorização da singularidade de cada parturiente e família (A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A12, A15); o respeito aos direitos de escolha da parturiente ofertando liberdade e privacidade (A1, A3, A5, A6, A12, A13). Essas declarações demonstram a necessidade da presença de um profissional de saúde habilitado para a construção e estabelecimento do sentimento de segurança e apoio à mulher, mesmo com a presença do acompanhante. Para isso faz - se necessário investimentos na formação dos profissionais que atuam no processo de parto nascimento, com enfoque além das tecnologias adequadas e úteis ao atendimento ao parto, mas também embasado nos pressupostos da humanização no processo de parturição. O apoio dos profissionais de saúde durante o processo da parturição configura-se como importante e reconfortante para as mulheres. Muitas vezes não se faz necessárias palavras ou ações, basta um olhar que transpasse confiança (FRELLO; CARRARO, 2010). Manifestar-se preocupado com o bem estar e disposto a cuidar e escutar é imprescindível para a criação de vínculo e afeição. Assim, o processo de parto torna-se menos temeroso, transformando-se num momento de amor, cuidado e conforto. Destaca-se a necessidade de valorizar a singularidade de cada mulher e família.

Os profissionais de saúde também destacam que a presença do acompanhante contribui como apoio emocional para a parturiente. Esta percepção da participação do acompanhante se ancora no apoio emocional e tem sua maior expressão na transmissão de maior segurança e conforto para a parturiente em um momento em que a solidão e o medo podem se fazer presentes (A1, A3, A4, A9, A11). Estudo realizado em Feira de Santana- BA, demonstra que o suporte do acompanhante no processo da parturição, poderá proporcionar à mulher sentimentos positivos como a sensação de amparo, coragem, tranquilidade e conforto, com consequente redução do medo e da ansiedade (SANTOS et al, 2012).

Com base nos achados da evidência científica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1996, um guia prático para assistência ao parto normal, no qual classificou o apoio empático fornecido pelos prestadores de serviço e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes no parto como uma prática útil e que deve ser estimulada. A companhia contínua de uma pessoa ao lado da mulher, durante o processo parturitivo, é uma forma de suporte emocional, que reduz a solidão e o medo em um ambiente desconhecido (TELES et al, 2010). Reforçando o exposto, o Ministério da Saúde (2000), através da portaria nº 569, tornou público a regulamentação onde as instituições de saúde devem possibilitar à gestante o direito a ter um acompanhante durante o processo de pré parto e parto (BRASIL, 2000b).

Dentre as publicações analisadas, os profissionais de saúde apontaram alguns entraves para efetivar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento em seus serviços, entre elas

destacam-se: o cuidado centrado no modelo biomédico, desvalorizando a autonomia da mulher e repercutindo no protagonismo dela; falta de leitos e estrutura organizacional do ambiente físico das instituições deficiente; número insuficiente de funcionários capacitados para atuar na assistência à mulher no processo de parturição; além do despreparo do acompanhante e da família para lidar com os sentimentos permeados nesse contexto de parto e nascimento (A8, A11, A13, 14). Somando-se a isso, evidencia-se um núcleo de ações em que os profissionais de saúde utilizam práticas prejudiciais ou ineficazes, sem embasamento científico suficiente, desrespeitando os direitos e preferências dessas mulheres. Dentre as quais pode-se citar o uso de enteroclisma (A14), uso da tricotomia (A8, A11, A14), infusão de soro com ocitocina, posição do parto e uso rotineiro da episiotomia (A8, A11, 13, 14). A OMS e o MS, baseados nas evidências científicas, recomendam o uso restrito da episiotomia e classificam seu uso rotineiro e liberal como uma prática claramente prejudicial, que deve ser desestimulada, sendo indicada somente em cerca de 10% a 15% dos casos (MELCHIORI et al, 2010). Estas publicações apontaram que a episiotomia era realizada rotineiramente pela maioria dos profissionais de saúde e resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (BUSANELLO, 2010; REIS; PATRÍCIO, 2005).

É importante ressaltar que a Enfermagem tem participado desde as primeiras discussões acerca da saúde da mulher, sendo por meio de movimentos sociais, ou do processo de implantação e consolidação das políticas públicas vigentes no país em defesa da humanização no pré-natal, parto e nascimento (A2, 6, 10, 15). Diante disso, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação do profissional enfermeiro na atenção integral à saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções desnecessárias e que geram risco, tanto em centros obstétricos, como em casas de parto ou maternidades, favorecendo o cuidado integral à mulher e recém-nascido (BRASIL, 2003).

A realização de procedimentos desnecessários ou invasivos destacou-se como um fator que influencia diretamente em todo o processo de parto e nascimento. Estes procedimentos representam uma forma de desrespeito às escolhas das mulheres, e, muitas vezes, mostram-se como decisões adotadas sem o consentimento da parturiente e sem indicação ou necessidade científica respaldada para o bem estar da mulher ou recém-nascido. A prática destas intervenções é considerada obstáculos para a concretização das políticas que preconizam a atenção humanizada ao parto e nascimento na área da saúde da mulher. Portanto, faz-se necessária a sensibilização e a conscientização dos profissionais de saúde, com intuito de reflexão acerca do modelo de cuidado à saúde da mulher durante o processo de parturição.

Acredita-se que a mulher desempenha importante papel dentro da sociedade e principalmente em sua família. Dito isso, ressalta-se a relevância do cuidado humanizado e especializado realizado com essa clientela, visando um plano de cuidado individualizado e integral, abrangendo todos os aspectos necessários no processo de gestação, parto e nascimento.

Outrossim, percebe-se que passados quase duas décadas da implantação do manual da atenção ao parto e nascimento, observa-se que ainda existem instituições de saúde onde as práticas de cuidado estão centradas no atendimento pautado em ações intervencionistas, modulados a partir do modelo biomédico.

Esta revisão permitiu conhecer a literatura científica que aborda o cuidado à saúde da mulher durante o processo de parto e nascimento no Brasil, estabelecendo as práticas de cuidado adequadas e seguras para a assistência obstétrica. Nessa direção destaca-se que se deve garantir uma atenção materno-infantil qualificada, em que as práticas prejudiciais ou ineficazes sejam suprimidas, e que práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.

As pesquisas no geral, demonstram preocupação no que se refere a mudança de pensamento nesse contexto, a busca de trabalho e iniciativa de profissionais e gestores para a implementação dessas práticas em suas instituições. Mostra-se uma prática em ascensão, porém ainda com obstáculos a serem ultrapassados. Salienta-se que, além da importância das políticas públicas vigentes, é necessária implementação de capacitação e atualização profissional, somando-se a isso a mudança na formação dos profissionais de saúde que atuam no processo de parto e nascimento.

Espera-se que esta revisão contribua para a construção de novas pesquisas nessa área no Brasil, e que esse contexto seja fortalecido. Observou-se também, o papel do profissional enfermeiro nesse cenário, como articulador, somando-se seu conhecimento teórico e manejo nas situações emocionais vivenciadas pela mulher, acompanhante e família. Ratifica-se que enquanto integrante de equipe multidisciplinar, o enfermeiro torna-se um profissional imprescindível no evento de atenção ao parto e nascimento

3 METODOLOGIA

A seguir, expõe-se o tipo de estudo; o cenário; a população e participantes; as técnicas de coleta e análise dos dados; e as considerações éticas que conduzirão este estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Será realizada uma pesquisa de campo, descritiva e de caráter qualitativo. Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois essa se caracteriza pelo estudo da realidade de interpretação dos fenômenos, que segundo Marconi e Lakatos (2006) têm por objetivo análise e interpretação dos aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento das pessoas.

No que diz respeito à pesquisa de campo, Minayo (2014) afirma que o trabalho de campo colabora para a interação entre o pesquisador e a realidade, e assim estabelecendo uma aproximação com os atores que conformam essa realidade. Desse modo, tendo em vista que o objetivo desta pesquisa é conhecer como os profissionais da saúde realizam as práticas de atenção ao parto e nascimento em um centro obstétrico do interior do Rio Grande do Sul, considera-se adequada.

Quanto ao estudo descritivo, Cervo, Bervian e Silva (2007) afirmam que a pesquisa descritiva observa analisa e correlaciona os fatos sem manipulá-los. Esse tipo de pesquisa trabalha informações ou fatos colhidos da própria realidade, objetivando abordar elementos e problemas relevantes, cujo registro não consta em documentos. Na pesquisa qualitativa, a ênfase está em compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e a experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições. O método qualitativo é utilizado quando uma pesquisa trabalha com a subjetividade, valores e crenças que orientam as ações humanas. O que interessa é a natureza das respostas e dos sentimentos (MINAYO, 2014).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo para a realização da pesquisa será o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Este é um hospital-ensino, fundado no ano de 1970, referência no atendimento secundário e principalmente terciário da região central. Constitui-se como centro de ensino, pesquisa e extensão no âmbito das Ciências da Saúde, além de centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde das comunidades local e regional. Também presta serviços assistenciais em todas as especialidades médicas, em que são realizados de treinamentos para alunos de graduação e pós-graduação em Medicina, Residência Médica, e das graduações em Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia e Fisioterapia e Terapia ocupacional.

3.3 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do cenário constitui-se por 17 enfermeiras, distribuídas nos três turnos de trabalho (uma encontra-se em processo de aposentadoria), 14 técnicas de enfermagem, distribuídas no turno diário e 15 no noturno; os residentes de medicina (obstetrícia- ginecologia e pediatria) que variam em número conforme sua escala mensal de trabalho, encontrando-se no máximo em 5 profissionais; e residentes da equipe multiprofissional da linha materno-infantil, que é uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social.

A população do estudo serão cerca de 11 enfermeiros que atuam no CO do HUSM, em diferentes turnos de trabalho. Os profissionais serão convidados pela pesquisadora a participarem da pesquisa.

Como critérios de inclusão serão enfermeiros que atuam no CO do HUSM em um tempo mínimo de três meses, pois entende-se que este é um tempo razoável para que as relações profissionais estejam estabelecidas, assim como estar ambientado com o local de trabalho; Como critérios de exclusão propõe-se os profissionais que estiverem afastados por licença médica, licença maternidade ou de férias no período da realização da coleta de dados.

Destaca-se que as limitações deste estudo centram-se no fato de não haver a participação da equipe multiprofissional, visto que este estudo será realizado somente com enfermeiros. Logo, os achados encontrados nesta pesquisa permitirão conhecer a perspectiva de apenas uma das categorias profissionais atuantes no serviço. Nesse sentido, considera-se necessária a realização de estudos com outras categorias profissionais sobre o objeto de estudo, a fim de conhecer como estes realizam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Ademais, a utilização de outras técnicas de coleta de dados, que não apenas a entrevista, também pode desvelar e, até mesmo, ampliar outras perspectivas sobre a temática.

3.4 COLETA DE DADOS

O cronograma deste estudo teve início a partir da elaboração do projeto entre os meses de setembro a dezembro de 2015. Ainda em setembro, foi desenvolvida a revisão de literatura e em dezembro o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. A coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2016; a análise dos dados entre fevereiro e junho de 2016; e a apresentação dos resultados se dará em julho de 2016.

Esta coleta será feita por meio de entrevista individual semiestruturada. Segundo Minayo (2014), a entrevista semiestruturada ocorre por meio de um roteiro pré-estabelecido, com uma sequência clara. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra. Se o participante recusar a gravação, a pesquisadora se compromete em fazer o registro da entrevista de forma escrita. As entrevistas serão realizadas no Centro Obstétrico do HUSM, em uma sala específica, para permitir a privacidade dos participantes do estudo e facilitar a gravação da mesma. Os dados serão gravados em MP3, e após serão transcritos para análise e interpretação do pesquisador. Ressalta-se que a gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção a quem entrevista (MARTINS; BÓGUS, 2004). Para atender a questão do anonimato dos informantes durante a pesquisa será viabilizado a identificação dos depoimentos por meio da letra E, seguidos da ordem em que forem entrevistados.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta de dados, as entrevistas gravadas serão transcritas na íntegra para análise, a qual se dará por meio da proposta operativa de Minayo (2014). A análise e a interpretação dos dados têm como foco a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais acerca do tema que pretende investigar e não possui como finalidade apenas contar opiniões ou descrever pessoas (MINAYO, 2014). A proposta operativa de Minayo (2014) apresenta dois momentos operacionais: exploratório e interpretativo

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguirá os aspectos éticos e legais, enfatizados pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos (BRASIL, 2012). Este estudo será iniciado somente após autorização da Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP).

Em um primeiro momento antes da coleta de dados será disponibilizado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após conhecimento e leitura do mesmo, será solicitado que confirmem com sua assinatura em duas vias, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

Os participantes da pesquisa serão informados do objetivo da pesquisa e da não obrigatoriedade de sua participação. Também serão esclarecidas sobre os benefícios do estudo, enfatizando que

a presente pesquisa poderá disponibilizar maior conhecimento sobre a temática abordada, podendo contribuir para estudos científicos e na assistência ao parto e nascimento, visto que o estudo poderá trazer algumas reflexões que podem orientar os profissionais de saúde para um melhor cuidado no que diz respeito a este tema. Os possíveis riscos da pesquisa se relacionam a algum constrangimento que poderá ocorrer ao realizar a entrevista ou no momento em que a pesquisadora realiza a observação. Serão esclarecidos, também, de que em qualquer momento da pesquisa poderão solicitar sua exclusão sem qualquer prejuízo. E, no caso de ocorrer algum constrangimento durante a coleta de dados está assegurado, a suspensão desta e a retomada em outro momento designado pelo participante do estudo se assim desejar. Outro item que será explicado aos participantes do estudo, é que as informações desta pesquisa serão de uso exclusivamente científico para a área da saúde, e que as gravações ficarão sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora responsável, para possíveis publicações científicas e, após esse período, os dados serão destruídos.

Será enfatizado o direito de privacidade e sigilo, de modo que não serão expostas publicamente qualquer tipo de identificação da sua pessoa durante a pesquisa, sendo confidencial sua identidade. Para tanto, será assinado o termo de confidencialidade pelas pesquisadoras.

O compromisso ético desta pesquisa implica na pesquisadora retornar os resultados ao serviço e aos participantes envolvidos no processo. Será organizado um momento de apresentação do estudo, no centro obstétrico e/ou por meio de pôster com os principais resultados da pesquisa. Outrossim, a divulgação dos resultados se dará também por meio de relatório entregue ao curso de enfermagem e ao HUSM, além da publicação de artigos em periódicos da área da saúde e enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMORIM M.M.R.; SOUZA A.S.R.; PORTO A.M.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**. v. 38, n. 8, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Disponível:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 20 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito passos para maternidade segura. Guia Básico para os Serviços de Saúde.** Brasília(DF): Ministério da Saúde;1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília 2009 fev. [citado em 3 mar 2009]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998. **Dispõe sobre as das atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetriz.** Diário Oficial da União 1998 set; p. 1-24.

BRASIL. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.067 de 4 de julho de 2005: Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da união 2005 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).** Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas públicas de saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** 2ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília (DF): MS; 2000a.

BRUGGEMANN O.M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: ZAMPIERI M.F.M; OLIVEIRA M.E; BRUGGEMANN O.M. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis (SC): **Cidade Futura;** 2001. p. 23-36

BUSANELLO J. et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. **rev Bras Enferm,** Brasília, v.64, n. 5, p. 824832, set-out, 2011.

CAVALCANTI, P.C.S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis,** Rio de Janeiro, v.23, Dez. 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R da. **Metodologia científica.** São Paulo: Pearson Pratices Hall, 2007.

- DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde pública**, v. 22, n.12, p. 2647-2655, 2006.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência saúde coletiva**, vol.10, n.3, p. 627-637, 2005.
- FRELLO A.T.; CARRARO T.E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Rev Enferm UERJ**. V. 18, n. 3, p. 441-445, 2010.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.
- GALLO R.B.S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA**. v. 39, n. 1, 2011.
- HECKERT A.L.C.; PASSOS E.; BARROS M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface Comun Saúde Educ**. v.13, n.1, p. 493-502, 2009.
- LOPES C.V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **CogitareEnferm**. v. 14, n. 3, p. 484-490, 2009.
- LONGO C.S.M.; ANDRAUS L.M.S.; BARBOSA M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev Eletrônica Enferm**. [citado 2015 set19]; v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p. 44-57, 2004.
- MATOS G.C DE. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa. **Revenferm UFPE online**. Recife, v. 7, p. 870-878, 2013
- MELCHIORI L.E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p.13-23, jan-jun, 2009.
- MENDES K.D.S.; SILVEIRA R.C.C.P.; GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed, 2014.
- MORAES R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciênc educ**. Bauru, v. 9, n. 2, p. 191-210, 2003.

NAGAHAMA E.E.I.; SANTIAGO S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 8, p. 1859-68, 2008.

Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14,n. 01, p. 25-32, 1998.

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p.35-46, jan/mar. 2008

PROGIANTI J.M.; BARREIRA I.A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. R **Enferm UERJ**, v. 9, p. 91-97, 2001.

REIS, A.E.; PATRICIO, A.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciências da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, set-dez 2005

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**. Ano 10. 2º semestre 2002.

SANTOS L.M. et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 994-1003, 2012.

SATO R.; BRITO I.P.M. **Parto humanizado feito pela enfermeira obstetra**. Disponível em World Web <http://www.brasilmedicina.com.br/noticia/s/pgsearch.asp?Id=295411072002.asp> . Acesso em 15 de outubro de 2015.

SHIRATORI K.; LEITE J.L.; SOUZA B.S. Conhecimento da enfermagem em Brasil: reflexões preliminares. **Enfermería global**, v. 3, n. 2, p. 1-12, 2004.

SILVA R.C. et al. Discurso e a prática do parto humanizado de Adolescentes: Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 629-636, jul-set, 2013.

SODRE T.M.; LACERDA R.A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **RevEscEnferm USP**. 2007

TELES L.M.R. et al. Delivery accompanied in the perspective from who has experience. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 4, n. 2, p. 6, ago-set, 2010.

VARGENS O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p.46-50. 2004.

VIEIRA E.M. **Amedicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

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