

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

**ESTUDO DA HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DO PARTO  
EM DUAS MATERNIDADES NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

**JOICE MARIA PACHECO ANTONIO FERNANDES**

**Santos**

**2007**

# **Universidade Católica de Santos**

## **Mestrado em Saúde Coletiva**

### **ESTUDO DA HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DO PARTO EM DUAS MATERNIDADES NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

**JOICE MARIA PACHECO ANTONIO FERNANDES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos-UNISANTOS- como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva  
Área de Concentração – Políticas e Práticas de Saúde.  
Orientador: Prof. Dr. Sergio Olavo Pinto da Costa

**Santos**

**2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRONICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

F363e Fernandes, Joice Maria Pacheco Antonio

Estudo da humanização nas práticas do parto em duas maternidades no município de Santos/Joice Maria Pacheco Antonio Fernandes-Santos

90 f. 30 cm (Dissertação de Mestrado- Universidade Católica de Santos. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

I. Fernandes, Joice II. Título

CDU 614(043.3)

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof .Dr. Sergio Olavo Pinto da Costa**

---

**Prof. Marcos Montani Caseiro**

---

**Prof. Dra. Waldine Viana da Silva**

## **RESUMO**

Esta pesquisa teve como proposta estudar o fenômeno fisiológico-parto, sua institucionalização, intervencionismo e a proposta de humanização na assistência. Com o objetivo de verificar se a assistência hospitalar prestada a gestante/parturiente / puérpera é humanizada, segundo as práticas no parto proposto pelo Ministério da Saúde (2001) e verificar a ocorrência de diferenças na assistência a parturientes em hospital privado e da rede SUS, segundo aos padrões estabelecidos pelo MS para parto humanizado. Foi realizada abordagem quantitativa através de um estudo descritivo realizado em dois hospitais na cidade de Santos(SP). Uma maternidade pública e uma privada.O procedimento de pesquisa de campo utilizado foi a semana típica no mês de janeiro 2006, os instrumentos utilizados foram um questionário que foi aplicado as puérperas e um roteiro para retirada de informações dos prontuários e observação dos partos no hospital. As informações levantadas foram organizadas em banco dados utilizando-se do programa Access onde foram processadas e dividido os procedimentos analisados em quatro grupos (admissão, trabalho de parto, parto e recém-nascido). Os resultados mostram que o hospital público obteve a maioria dos grupos em regular e um insatisfatório na assistência das práticas do parto e o hospital privado obteve entre os parâmetros regular e um satisfatório no resultado na assistência das práticas do parto. Apesar disso é importante salientar que num hospital onde ocorre um percentual de 84% de partos cesárea ao ano, como que ocorre no hospital particular, deve ser questionado esta humanização .

**Palavras-chaves:** Parto, Humanização, Intervencionismo.

## **ABSTRACT**

**This research had as proposal to study the phenomenon physiological-childbirth, its institutionalization, interventionism and the proposal of humanization on the assistance. The main objective was to verify if the hospital assistance given to gestate / woman in labor/ woman who had just given birth was humanized according to proposed standard by MS (2001) and to verify the occurrence of differences in the assistance the women in labor in private hospital and “SUS” net, according to the standards established for the MS for humanized childbirth. A quantitative research was done through descriptive study in two hospitals on Santos (SP- Brazil) on a public maternity and a private one. The research procedure used was the typical week of January/2006, the instruments used on it was a questionnaire that were applied to women who had just given birth and a check list to extract information and comments done on the hospital individual records. The extracted information had been organized in a database using Access software where processed and the procedures analyzed was divided in four groups (admission, childbirth work, childbirth and just-born childbirth). Although the public hospital had being with the majority of the groups in regular/bad in the humanization assistance criteria and the private hospital had being along the parameters regular/good, it is important to mention that in a hospital where a percentage of 84% of childbirths occurs during the year were Caesarean , as that it occurs in the privative hospital, this humanization must be evaluated.**

**Word-keys:** Childbirth, Humanization, Interventionism.

# SUMÁRIO

Resumo.....	
Abstract	
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
1.1Objetivos.....	13
<b>2.REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1O PARTO:uma visão durante os tempos e sua institucionalização.	14
2.2 O PARTO NO BRASIL: da colonização ao século XX e sua institucionalização.....	18
2.3 INTERVENCIÓNISMO NO PARTO.....	22
2.3.1 Procedimentos que devem ser abolidos quando usados rotineiramente na admissão.....	23
2.3.1.1 Em relação a tricotomia e ao enema.....	23
2.3.1.2.Punção e infusão venosa.....	24
2.3.1.3 O uso de pelvimetria óssea.....	24
2.3.2 Procedimento que devem ser abolidos quando usados rotineiramente no trabalho de parto.....	25
2.3.2.1 Posição supina durante o trabalho de parto.....	25
2.3.2.2 Uso de ocitocina no trabalho de parto sem fazer controle dos seus efeitos.....	25
2.3.2.3 Toques freqüentes por mais de um examinador.....	26
2,3.3Procedimentos que devem ser abolidos quando usados rotineiramente no parto.....	26
2.3.3.1 A posição litotômica.....	27
2.3.3.2 O esforço de puxo prolongado e dirigido.....	27
2.3.3.3 Distensão ou massagem perineal.....	28
2.3.3.4 Episiotomia.....	28
2.3.3.5 Curagem e lavagem uterina.....	29
2.3.3.6 Exame retal.....	30
2.3.3.7 Manobras como a de Kristeller (compressão inadequada aplicada ao fundo uterino no período expulsivo.....	30
2.3.3.8 Uso rotineiro ergometrina via oral ou parenteral no terceiro período do parto para evitar hemorragias.....	30
2.3.3.9 Prática liberal de cesariana.....	31
2.3.4Procedimentos que devem ser abolidos quando usados rotineiramente no recém-nascido .....	32
2.3.4.1 Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais.	33
2.3.4.2 Manutenção artificial de ar rio na sala de parto durante o nascimento.....	33

<b>2.4. HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....</b>	<b>34</b>
2.4.1 Práticas úteis e que devem ser estimuladas na admissão ao parto.....	37
2.4.2 Práticas úteis e que devem ser estimuladas no trabalho de parto.....	37
2.4.3 Práticas úteis e que devem ser estimuladas no parto.....	38
2.4.4 Práticas úteis e que devem ser estimuladas no atendimento ao recém-nascido.....	39
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>40</b>
3.1 Desenho do estudo.....	40
3.2 Procedimento de pesquisa de campo.....	41
3.3 Instrumento.....	42
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
4.1 Resultados dos indicadores de humanização na admissão.....	44
4.2 Resultados dos indicadores de humanização no trabalho de parto .....	47
4.3 Resultados dos indicadores de humanização no parto.....	55
4.3.1 Resultados dos indicadores de humanização no parto cesárea...	55
4.3.2 Resultados dos indicadores de humanização no parto normal....	60
4.4 Resultados dos indicadores de humanização no atendimento ao recém-nascido.....	66
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>79</b>
<b>7. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>
ANEXO 1- Questionário.....	84
ANEXO 2- Roteiro para retirada de informações do hospital.....	86
ANEXO 3-Práticas no parto normal, modificadas pelas novas evidencias científicas atualmente disponíveis baseadasOMS,1996...	87
ANEXO 4-Hospital Amigo da Criança.....	89
ANEXO 5-Lei no-11.108.....	90



## 1-INTRODUÇÃO

O parto é um fenômeno fisiológico e como tal, a sua assistência deveria ser acompanhada, para que a gestação e o parto ocorressem de maneira normal. Du Gás (1978) já referia que a assistência à saúde tem sido predominantemente a assistência a doença e não a forma para a sua prevenção. Ainda hoje a maioria dos profissionais “vê a gestação, o parto como um processo predominantemente biológico onde a patologia é mais valorizada.”(BRASIL, 2001, p.9)

Quando o parto passou de um fenômeno normal para ser um procedimento controlado, o local mudou do domicílio para o hospital. Outro fator foi a urbanização: Os partos em casa foram deixando de existir, só ocorrendo em pequenas cidades sem assistência médico-hospitalar e nas regiões rurais.(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE, 1996).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL,2004 b,p.15)

Nestas seis últimas décadas poucas foram as modificações e iniciativas para reduzir a mortalidade materno-infantil como a do pré-natal nos centros de saúde. A gestante, quando procura o hospital, já vem com medos e anseios de nove meses de gestação que deveriam ter sido solucionados durante o pré-natal, sem contar os vários erros durante a orientação no pré-natal ou mesmo falta dela. Informações incorretas na carteira da gestante, como datas erradas, exames não solicitados ou anotados incorretamente, dificultam assim a assistência hospitalar.

Em pesquisa realizada por Silva (2002) sobre pré-natal, são evidenciados feitos por profissionais, entre estes um medico-residente "...a demanda é reprimida para a quantidade de população que você tem , então a qualidade do pré-natal fica comprometida.Você pede um exame, este só pode ser feito daqui a três meses , compromete a evolução do diagnóstico.”(SILVA,2002,p.66)

Outra tentativa de melhoria da assistência prestada à gestante, puérpera e ao recém-nascido mais recente, foi o programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (MS), criado em 2000, como um indicador da qualidade da atenção. Outras etapas instituídas pela Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, para a melhoria da assistência obstétrica foram aumento da remuneração ao parto normal, estabelecimento de limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital, inclusão da remuneração de procedimentos (analgésia de parto e parto realizado por enfermeira obstétrica) e organização e melhoria da assistência às mulheres com maior risco obstétrico através do programa de apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referencia hospitalar para a gestação de alto risco.

Todas estas ações “tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor” (SERRUYA, LAGO, CECATTI , 2004) .

É notável o aumento do número de nascimentos.Em 1996 o número de nascidos vivos no município de Santos (SP) era de 9.589 e em 2004 aumentou para 12.192 (DATASUS). Mas, para tanto, é importante saber como estão ocorrendo esses partos.

A globalidade da assistência deve ser atendida sem, contudo esquecer da individualidade, que é importante para a humanização da assistência, não violando a relação entre o físico e psíquico. A gestante vem com as suas crenças e seus medos e cabe ao profissional reverter isso em orientação e ajuda, enfim tendo empatia.(AMORIM, 1987)

O Ministério da Saúde está ciente da situação desfavorável da qualidade de assistência institucionalizada, com elevados índices de mortalidade materno e neonatal. (GOLDMAN E BARROS ,1998)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996 vem propondo condutas para tentar melhorar o tratamento e a humanização no parto. Através de publicação do MS, em 2001, foram feitas recomendações para um parto normal divididas em 4 categorias (anexo 3). Apesar disso, vários trabalhos como onde Boaretto (2003), Alves;Silva (2000), ANVISA(2004), Deslandes (2005) entre outros, referem a luta para tentar humanizar a assistência neste momento tão importante da vida, o nascimento, ocorrendo , por vezes, muitas tentativas infrutíferas.

O Brasil está na lista dos países recordistas em cesáreas no mundo. A OMS recomenda que essa taxa não passe de 15%. De acordo com os dados de 2004 do Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc) 41,8% dos partos realizados em todo o Brasil foram cirúrgicos. Para incentivar mães e médicos a optarem pelo parto normal, o Ministério da Saúde lançou em 30 de maio de 2006 a campanha nacional de incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária. Outro agravante são os indicadores de mortalidade materna e neonatal do Brasil, ainda inaceitáveis. Febrasgo (2005) relata que duas mil mulheres e cerca de 38 mil crianças com menos de 28 dias de vida morrem a cada ano. Mulheres e crianças que, em grande número, poderiam ser salvas com decisão política, isto é, com investimentos na

qualificação da atenção e com o envolvimento da sociedade. O Governo Brasileiro propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, cujo documento fundador e as ações estratégicas foram elaboradas conjuntamente com as instituições: Federação Brasileira Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), Sociedade Brasileira de Pediatria(SBP), Conselho Federal de Medicina (CFM), Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica-ABENFO, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, entre outras instituições. O Pacto Nacional tem como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e nas próximas duas décadas, a redução desses indicadores aos níveis considerados aceitáveis pela OMS.

O Município de Santos está situado em uma região do Estado de São Paulo, Região Metropolitana da Baixada Santista, composta por nove municípios que estão em posições de boa a mediana segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Apesar disso apresenta os piores indicadores de morbimortalidade infantil, incluindo seus componentes neonatal e neonatal precoce, do Estado São Paulo.(tabela )

Tabela -Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal precoce e Neonatal Regiões Administrativas do Estado de São Paulo 2003

	Mortalidade Infantil*	Neonatal precoce*	Neonatal*
<b>Baixada Santista</b>	20,43	9,19	14,25
<b>São Paulo</b>	14,84	7,01	9,9

\*Por mil nascidos vivos

Fonte : [www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)

Pressupõe-se que estudar a situação de atendimento ao parto poderá contribuir para esclarecer os motivos para estas mortes infantil e neonatais precoce que ocorrem na região. O presente estudo faz parte de um grande projeto denominado Caracterização da Mortalidade Neonatal e Perinatal na Região Metropolitana da Baixada Santista financiado pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e realizado pelo Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos que tem como um dos objetivos o de caracterizar as ações de cuidado à gestante, incluindo o momento do parto e o atendimento ao recém nascido existentes na região. A relevância deste estudo se deve à análise de como está a assistência à parturiente/ puérpera durante a hospitalização. Pretende-se que este estudo contribua para melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, melhorando a relação entre parturiente/puérpera e equipe, respeitando assim os seus direitos e sua individualidade.

### **1.1- Objetivos**

-Verificar se a assistência hospitalar prestada a gestante / parturiente / puérpera é humanizada, segundo as práticas no parto, proposto pela OMS(1996) e modificado pelo M.S(2001)

-Verificar a ocorrência de diferenças na assistência a parturientes em hospital privado e da rede SUS é humanizada, segundo as práticas no parto, proposto pelo M.S(2001)

## 2-REVISÃO DE LITERATURA

O trabalho de parto durante vários séculos era visto como uma intervenção puramente feminina, permanecendo assim até o século XIX .Tanto os grandes como os pequenos centros eram desprovidos de médicos e a parteira era a profissional chamada para atuar nesse momento.

### 2.1-O PARTO: uma visão durante os tempos e sua institucionalização

A medicina europeia como ciência e profissão surgiu no século XIII e no seu aprendizado não incluía a cirurgia .

Desde o século XII , na Alemanha já tinha sido regulamentado o trabalho da parteira –*Midwifery*

O primeiro código profissional foi escrito na cidade de Regensburg, na Alemanha, em 1452. Ele define a *midwifery* como profissão e assegurou equidade de direitos com outras profissões, como de artesões, como, que já tinha adotado seu código profissional (PEREIRA, 2001, p15)

Como a maioria dos partos eram realizados por via vaginal , os médicos ou as parteiras mais experientes eram chamadas apenas quando alguma coisa no trabalho de parto não ia bem. Obviamente, como o médico não atuava com freqüência nos partos, tinha dificuldade neste momento e as morte maternas e fetais ocorriam.

Durante séculos a medicina "...considerava a obstetrícia uma prática vil e inferior associada à dor, ao sangue e às impurezas, sendo portanto, um assunto a ser resolvido pelas próprias mulheres".(MARTINS,2004 p68)

A obstetrícia , nascida nos séculos XVII e XVIII, era subordinada à cirurgia. As cesarianas durante muitos séculos, só puderam ser praticadas em gestante mortas devido à *Lex Régia de Numa Pompilius* que “proibia que uma mulher grávida fosse enterrada, sem que antes o feto fosse retirado, visando batizá-lo”.(PEREIRA, 2001, p13)

Apenas no século XVIII ocorreu a participação dos médicos na cena do parto natural como uma especialidade lucrativa, mesmo que de forma lenta e apenas em algumas classes sociais urbanas. Para tanto foi travada uma verdadeira guerra contra as parteiras.

“Essas mulheres do povo eram, na maior parte analfabetas e faziam coisas por ‘tentativa e erro’, apoiadas na tradição .”(MARTINS 2004, p.75)

Seu aprendizado era passado por outra que tinha experiência na comunidade. A falta de cursos próprios sobre o assunto e também a falta de relatos escritos sobre os partos feitos por elas foram fatores importantes para o que viria a seguir.

Na Idade Média essas mulheres foram perseguidas pela Igreja Católica. Inicialmente chamada de sábias, nesse período foram consideradas bruxas, pois elas ameaçavam a hegemonia médica, ao utilizar outros princípios de raciocínio e terapêutica. (CAPARROZ, 2003)

E bom esclarecer que desde a Idade Média, as parteiras estavam organizadas em um grupo em que a profissional mais velha e experiente respondia pelas mais jovens. Com isso acreditavam que manter-se-ia a qualidade da assistência. Logo, é importante distinguir as parteiras qualificadas e supervisionadas das cidades e as parteiras tradicionais do campo, as ‘comadres’ que atendiam as mulheres pobres.

Diferente das parteiras, os médicos-parteiros começaram a difundir seus conhecimentos através de manuais de partos que surgiram nos séculos XVI na Europa. Reviram conhecimentos que tinham sido abandonados durante a Idade Média .

Autores como Eucharius Rosslin, Jacob Rueff, Scipione Mercúrio e Ambroise Paré, entre outros, deram início ao que denominamos pedagogia obstétrica ,direcionada às parteiras alfabetizadas que atuavam nas cidades, já que os livros eram escritos para elas ou para cirurgiões sem experiência obstétrica. (MARTINS, 2004, p.72)

Esses tratados de parto foram se multiplicando durante os séculos XVII e XVIII e alimentavam a idéia da desqualificação das parteiras principalmente as aldeãs. Apesar disso surgiram algumas publicações feitas por parteiras.

O primeiro texto escrito por uma parteira foi *Observations Diverses Sur la Sterilité ,Accouchements et Maladies de Femmes et Enfants Nouveau-né*, publicado em 1609 por Louise Bourgeois. O livro fez muito sucesso, sendo traduzido para o alemão e o holandês e muito citado pelos cirurgiões ingleses...Também tão importante quanto Louise Bourgeois foi a parteira alemã Justine Siegemund, que viveu no século XVII e também escreveu um livro expondo seus conhecimentos obstétricos.” (MARTINS, 2004, p.74)

Mesmo assim, no século XVII os médicos assumiram o controle sobre as parteiras e com isso a cirurgia começou a ser respeitada e reconhecida. Para contrapor, ocorreu no século XVIII a proliferação das escolas de parteiras da Europa.

Na metade do século XVIII, uma reconhecida parteira francesa Madame Du Coudray, desenvolveu um curso para as parteiras do campo, formando mais de 5000 delas com seu curso itinerante, baseado na demonstração com manequim de madeira e eram definidas informações não apenas sobre o parto, mas noções de higiene e cuidados com a puerpera e o recém-nascido. (MARTINS, 2004, p.76)



Apesar da importância histórica da elaboração dos manuais nos séculos XVI e XVII ficou registrado como uma prática que ia se tornando cada vez mais intervencionista.

Os cirurgiões acabaram por desenvolver uma verdadeira obstetrícia patológica...Homens como Pare, Guilermou, François Mauriceau e William Smiellie tiveram seus nomes gravados na história da obstetrícia por terem desenvolvido praticas intervencionistas, criando novos instrumentos obstétricos e aprimorando métodos de diagnósticos. (MARTINS, 2004, p.72)

No século XVIII os novos médicos eram treinados em hospitais e utilizavam as mulheres pobres, prostitutas ou descasadas que eram atendidas nesses locais, por não terem dinheiro para pagar o atendimento das parteiras em casa.

Os hospitais dessa época tinham péssima condição de higiene, os índices de mortalidade eram muito altos. Para cada 61 partos, morriam 43 bebês e 22 mulheres(...).Apesar disso as parteiras eram responsabilizadas pelos altos índices de morbimortalidade perinatal. (PEREIRA, 2001, p.16)

O aumento de hospitais nas cidades fez crescer o número dos partos operatórios e de 1816 a 1875, 134.000 mulheres morreram de febre puerperal na Prússia (PEREIRA, 2001)

No entanto, apesar da maior atuação na obstetrícia pelos médicos Caparroz (2003) refere que Johns Hopkins em 1912, em relato do seu estudo publicado nos Estados Unidos da América (EUA), avaliou a atuação do médico e chegou à conclusão de que não resultou em melhoria da qualidade do cuidado obstétrico a

entrada do médico no parto. Nesse mesmo estudo apontou que os médicos norte americanos eram menos competentes que as parteiras. Mesmo isso não impediu que a medicina monopolizasse a assistência nesta área.

Não se pode negar que os avanços tecnológicos melhoraram em muito aqueles casos, que antigamente, iriam morrer ou adoecer. Mas o uso dessa tecnologia começou a ser usada aleatoriamente.

A entrada da presença masculina na realização do parto no início do século XX aumentou a mortalidade das gestantes e recém-nascidos devido à febre puerperal, pelo uso de instrumentos e pela prática da cesárea. (CAPARROZ, 2003)

## **2.2.-O PARTO NO BRASIL: da colonização ao século XX e sua institucionalização**

No Brasil iremos falar a partir da colonização pois, antes disso os índios tinham seus rituais de acordo com a tribo em que viviam.

Seguindo a tendência das grandes metrópoles mundiais da época, aqui também o parto era considerado “coisa de mulher” (PRIORE,1993).

No Brasil colônia a população não tinha médicos à sua disposição e as práticas curativas dos índios e posteriormente dos escravos negros e de alguns europeus eram os conhecimentos existentes.

Com a colonização, aportaram as Missões Religiosas e com elas “...criação das primeiras instituições de saúde , as Santas Casas” (PEREIRA, 2001, p.18) e

com isso as práticas de “enfermagem” dirigidas e mantidas pelas ordens religiosas (OLIVEIRA,1992)

Apesar da importância na época da prática das parteiras, a profissão nunca foi exercida de forma autônoma. Na colonização ” para exercer a sua profissão, as parteiras deviam possuir `carta de exame concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império e Licença da Chancelaria” (HOTIMSKY, 200, p.34)

Outro marco importante para a saúde no Brasil foi, no século XIX, a chegada da família real portuguesa em 1808, fugindo da guerra napoleônica. Com isso a colônia tornou-se metrópole. Vários foram as modificações com esse advento. Uma delas foi a autorização da criação das primeiras escolas de medicina, a de Salvador e a do Rio de Janeiro. (PEREIRA, 2001)

Em citação retirada do historiador Luis Felipe de Alencastro referindo-se à corte e como eram os partos no Império “...num centro como a corte, cidade de migrantes transplantados da Europa, da África e das outras províncias brasileiras(...) majoritariamente masculina-não existia a cultura tradicional das parteiras.”(RATTNER; TRENCH , 2005, p.37)

Logo as parteiras, que transmitiam seus ensinamentos para outros parentes não eram a realidade dos grandes centros e sim do campo.

Em 1812 passa a ser lecionada a cadeira Operações e Arte Obstétrica , por Manuel Alves da Costa Barreto, na Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro. Apesar disso, tanto no Rio de Janeiro como na Bahia, os cursos funcionaram precariamente. Apenas em 1826 as escolas nacionais tiveram o direito de conferir Carta de Cirurgião aos alunos formados. Em 1832 foram criados os primeiros cursos de formação de parteiras em anexo às faculdades de medicina.( PEREIRA ,2001)

No Rio de Janeiro, em 1834, diploma-se a primeira parteira brasileira, a francesa Marie Josefine Matilde Durocher, que posteriormente se naturaliza brasileira. Conhecida como Madame Durocher, tornou-se uma parteira célebre no meio acadêmico. Foi a primeira mulher a ser recebida como membro titular da Academia Imperial de Medicina. (PEREIRA, 2001, p19)

A assistência médica ao parto era rara no século XIX apenas em situações de emergências e que a parteira estava sempre presente.

As mulheres davam a luz em suas casas....até depois da segunda guerra mundial....Elas viam a clínica como um local que deveria ser ocorrido num momento de grande necessidade.....solicitação de apoio ao Império, de 1863, para que através de uma legislação que estimulasse o parto hospitalar, com menores exigências burocráticas de registro da ocorrência do nascimento..."(PEREIRA, 2001, p20)

É importante salientar que até 1887 os profissionais médicos eram uma categoria exclusivamente masculina o que dificultava a aceitação da Igreja e das próprias famílias na hora do parto. Outro fator negativo era que os cursos de obstetrícia das escolas de medicina no Brasil, naquele século, eram exclusivamente teóricos. Nessas escolas a parte prática estava vinculada às Santas Casas e como a Igreja dirigia estas Instituições, por considerar o parto uma falta de pudor, era impedido a atuação de homens, pelas irmãs de caridade. (HOTIMSKY, 2001)

Em 1904 passou a funcionar a primeira maternidade no Brasil, na rua das Laranjeiras, com atendimento às pessoas carentes e mantida pela República, regime vigente na época. Com a criação das maternidades, as parteiras diplomadas ficaram subordinadas aos médicos nessas instituições.

As mulheres tinham muita resistência à cesariana, só na segunda metade do Século XX é que esta operação foi resgatada.

A institucionalização do parto surgiu no Brasil ao longo da década de 40, juntamente com a assistência pré-natal, década de 60, que tinham como objetivo

desenvolver recém-nascidos saudáveis e diminuir as altas taxas de mortalidade infantil que vinham desde o final do século XIX e metade do século XX , resumindo “puericultura intra-uterina” e não proteção à mulher. Isso se fez necessário, pois desde 1922 no primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância culpavam as mulheres por essas taxas elevadas “mulheres desnutridas, sífilíticas e alcoólatras” .É importante lembrar que nessa época, as mulheres tinham dificuldade de acesso à educação formal.(BRASIL,2001)

Nos anos 50 "houve o crescimento dos hospitais, impulsionados pelas indústrias hospitalares e crescente desenvolvimento de novos tratamentos e técnicas médicas.”(PEREIRA, 2001, p.27) e com isso o parto progressivamente foi se tornando um evento médico e hospitalar.

Os hospitais também tiveram que se adequar à nova demanda.

a grande massa da população que constitui os excluídos , com precário acesso a um sistema de saúde deteriorado em função do relativo desinvestimento público no setor e do equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços ,apresentando disparidade e problemas no acesso aos serviços e qualidade da assistência prestada.”(COHN, ELIAS, 1998 p.92)

Desde 1996 observou-se que na região sudeste, 95,1% dos partos ocorrem no Hospital. Apesar da hospitalização ter contribuído para a queda da mortalidade materna e neonatal, o parto, como cenário, foi modificado. Vários estudos apontam essa modificação como influencia na escolha da maioria das mulheres pela cesariana, para os profissionais de saúde mais conveniente e asséptica (BRASIL, 2001)

“Como institucionalizar algo que pertence à vida afetiva, emocional e sexual? Como institucionalizar como doença um ato fisiológico e natural?” (NAGAHAMA ; SANTIAGO, 2005, p. 652)

### **2.3-INTERVENCIONISMO NO PARTO**

Como já citado, o intervencionismo já vem ocorrendo desde o século XVI na Europa através de relatos em manuais confeccionados naquela época. Esses relatos intervencionistas permaneceram sendo feitos ao longo dos séculos através de manuais , livros , nas práticas etc..

O parto deixou de ser um fenômeno reprodutivo normal há muito tempo. Vários são as manobras utilizadas para se tentar acelerar o trabalho de parto.

Segundo Simões e Souza (1997) a parturiente, quando na maternidade, deixa de ser responsável pela sua saúde e a de seu filho, pois perde o controle da sua gestação que passa para os profissionais que a assistem. Os profissionais que prestam assistência estipulam o que ela pode ou não fazer, comprometendo assim sua individualidade.

Desde 1996 a OMS vem propondo condutas para tentar melhorar o tratamento e humanização no parto. Relatório feito pôr peritos encaminharam algumas recomendações para um parto normal. Dentre elas as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (anexo 3).

O uso rotineiro de certos procedimentos é o que a OMS e o MS vem tentando combater. A padronização dos procedimentos para o parto tem dois efeitos. Seu efeito positivo, pois garante um padrão aceitável em base técnica, mas temos também um efeito negativo, pois a peculiaridade de cada gestante pode ficar comprometida.

Ainda hoje há muita controvérsia dentro do meio acadêmico sobre o uso de alguns procedimentos.

Já foi verificado que os estudantes são treinados para atuar como uma linha de produção adotando “práticas rotineiras”. Não ocorre mais avaliação crítica caso a caso “Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.”(BRASIL, 2001, p.10)

### **2.3.1-Procedimentos que devem ser abolidos quando usados rotineiramente na admissão**

Na admissão a parturiente poderá sofrer a ação de várias intervenções como: Enema, tricotomia, punção e infusão venosa, pelvimetria por meio de raio-X , e que devem ter seu uso rotineiro restrito.

#### **2.3.1.1.Em relação a tricotomia e ao enema:**

...muito se discutiu sobre a real necessidade destes dois procedimentos sob a alegação de que os pelos não contaminam e o parto ocorre *inter faeces et urinae* .No meu modo de ver, a discussão cabe, mas não vale a pena. Apesar de dispensáveis, em tese, os dois procedimentos tornam a assistência ao parto mais limpo e menos mal cheirosa. De modo que , se mais não fosse, somente por isso já estariam indicados. (BENZECRY 2000,p.234)

Atitudes como essa fez com que o MS afirmasse que em relação à tricotomia não existem evidências científicas claras sobre a redução de infecção e uma melhor higiene no pós-parto. Além, disso poderia gerar desconforto durante o procedimento,

prurido quando os pêlos iniciam o crescimento e riscos de transmissão de doenças, quando não utilizadas lâminas descartáveis. Em relação ao enema "...a influência positiva sobre a contratilidade uterina vem sendo questionado em vários estudos controlados, o abandono da sua prática merece ainda alguma reflexão" (Brasil, 2001, p.42). Também é importante que se avalie o desconforto dessas manobras durante a sua realização cabendo à parturiente decidir sobre este assunto.

### **2.3.1.2- Punção e infusão venosa**

A punção e infusão venosa está associada a outra rotina qual seja a de manter em jejum a paciente, logo após a sua internação. A potencialidade de qualquer paciente em trabalho de parto ser submetida a uma cesárea de urgência faz com que muitos médicos prescrevam o jejum. Como um trabalho de parto pode durar horas, corre-se o risco de ter um estado hipoglicêmico e perdas hídricas, o que prejudicaria a parturiente e ao feto.

...não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que cerca de 80% das pacientes admitidas em trabalho de parto terão tido parto dentro de 8 horas. É recomendado o uso de fluidos endovenosos somente naquelas que tiverem parto prolongado ou que necessitem de uso de medicação endovenosa". (MARTINS; RAMOS, BRIETZKE, 2001)

### **2.3.1.3-O uso da pelvimetria óssea**

Faz parte na semiologia obstétrica e tem como objetivo "apreciar, além da pelve, a natureza e dimensões da apresentação"(Rezende e Montenegro, 1995, p.144) atribui-se ao emprego dos raios-X uma série de inconvenientes ligados aos riscos de sua ação sobre o feto. O uso da radiopelvimetria está praticamente esquecido, sendo substituído pela Pelvimetria ultra-sonográfica.



### **2.3.2- Procedimentos que devem ser abolidos quando usados rotineiramente no trabalho de parto**

No trabalho de parto orientar a paciente a ficar deitada, uso de ocitocina sem fazer controle dos seus efeitos e toques freqüentes por mais de um examinador são outros questionamentos feitos desde 1996 pela OMS.

#### **2.3.2.1-Posição supina durante o trabalho de parto**

“Salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito”(BRASIL, 2001, p.43).

A deambulação deverá ser estimulada e não será recomendada, em caso de ruptura das membranas e analgotocia. (REZENDE e MONTENEGRO 1995)

#### **2.3.2.2- Uso de ocitocina no trabalho de parto sem fazer controle dos seus efeitos**

O uso de ocitocina “ de forma intempestiva aumenta a morbiletalidade no binômio mãe-feto, o que pode ser constatado através de complicações como hiperestimulação uterina, descolamento placentário, laceração cervical, rotura uterina, hipóxia fetal e cesariana de urgência.” (Benzecry, 2000, p.256).Devido a estas possíveis intercorrências o uso do partograma será incentivado, para que a indicação da ocitocina e o seu controle seja realmente efetivo.

### **2.3.2.3- Toques freqüentes por mais de um examinador**

O toque faz parte da semiologia obstétrica, principalmente no trabalho de parto. O uso excessivo ou a falta dele são ações que devem ser verificadas assim como quando feito em curto período de tempo por mais de um examinador. Como internar a parturiente sem fazer toque? Como analisar um trabalho de parto com apenas um toque vaginal?

Benzecry (2000) indica que o toque vaginal ocorra a cada 4 horas nos momentos iniciais do parto, a cada duas horas quando ocorre o apagamento do colo e a cada hora próximo ao período expulsivo e a cada cinco ou dez minutos no período expulsivo. Normalmente a dilatação ocorre um centímetro a cada hora após início da fase ativa do parto quando há indicação de iniciar o partograma. Uma dilatação de 4 a 10 centímetros pode correr em média de 5 a 6 horas, quando cerca de 4 a 6 toques seria a média esperada.

### **2.3.3- Procedimentos que devem ser abolidos quando usados rotineiramente no parto**

No parto o problema reside em diversas situações: na posição litotômica, esforço de puxo prolongado e dirigido, distensão ou massagem perineal, episiotomia, curagem, lavagem uterina, exame retal, manobras como a de Kristeller (onde é empurrado o fundo uterino), uso rotineiro de ergometrina via oral ou parenteral na dequitação (para evitar hemorragias) e a indicação corriqueira da cesárea.

### **2.3.3.1-A posição litotômica**

Com reflexão máxima das costas sobre o abdome e abdução dos joelhos tem como objetivo ampliar o estreito inferior da pelve “escancarando o períneo e a vulva, vai oferecer a libertação do concepto e as intervenções obstétricas vaginais” (Benzecry, 2000, p. 239) O enfático uso desta posição veio em substituição anterior ao parto de cócoras realizados antigamente.

Alguns dos benefícios do parto de cócoras são: as modificações nas dimensões da bacia pélvica, aumentando a amplitude articular e o canal de parto; um melhor alinhamento do feto no canal de parto e o efeito da ação gravitacional; diminuição do tempo do parto pela melhor eficácia das contrações uterinas....(CUCHI,2001p28)

É difícil entender o motivo desta mudança para o parto em posição litotômica se comparar as vantagens de cada um. Talvez seja melhor para quem está ajudando e não para a própria parturiente.

### **2.3.3.2 -O esforço de puxo prolongado e dirigido**

Quando feito o esforço fora do momento oportuno poderá provocar edema do colo uterino prejudicando assim a evolução do trabalho de parto ou possíveis rupturas no colo uterino, além do esforço desnecessário provocando o cansaço materno.

Estudos feitos 1993, relatados em OMS(1996), compararam o puxo involuntário feito com três a cinco puxos com 5 segundos e puxos contínuos com cerca de 20 segundos, acompanhados de apnéia forçada a cada contração. Como resultado, o puxo de 20 segundos com apnéia foi mais eficaz diminuindo um pouco mais o segundo período do parto, "mas pode causar alterações de frequência respiratória e volume de ejeção induzidas pela respiração." (Organização Mundial de Saúde, 1996, p.26) prejudicando assim a parturiente, logo o feto.

#### **2.3.3.3- Distensão ou massagem perineal**

A massagem perineal tem o objetivo de reduzir o risco de trauma no períneo, tentando assim distender os tecidos. "Esta técnica nunca foi avaliada adequadamente, mas podem haver dúvidas sobre o benefício de uma massagem continuada a tecidos que já são altamente vascularizados e estão edemaciados." (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.,1996,p. 29)

#### **2.3.3.4- Episiotomia**

A episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra uma laceração durante a passagem do feto. Segundo Caparroz (2003) é realizada em praticamente todas as primíparas que têm parto hospitalar, sendo recomendado em aproximadamente 30 % dos partos

Desde 1920 De Lee passou a defender a prática da episiotomia médio-lateral em todas as mulheres submetidas ao fórcepe de alívio. De prática rotineira nos partos vaginais operatórios, logo passou a constituir a regra em todos os partos vaginais, mesmo os reconhecidamente naturais.(SEPÚLVEDA, 1998)

A posição do parto influi na necessidade de fazer a episiotomia Caparroz (2003) aponta que em 50% das nulíparas que tiveram o parto na posição deitada foi necessário a realização de episiotomia contra 9 % no caso das que adotaram a posição de cócoras.

Na episiotomia o desconforto após o parto é maior que na laceração e que 19% teve perda involuntária de urina três meses após o parto, com uso de episiotomia, demonstrando assim que a prevenção relaxamento da musculatura pélvica não é de todo verdadeira. (CAPARROZ, 2003).

#### **2.3.3.5-Curagem e lavagem uterina**

A curagem é “a raspagem do útero com os dedos ou remoção digital” (Fortes e Pacheco,1968) e a lavagem uterina “o enxágüe ou aplicação de duchas na cavidade uterina após o parto” (Organização Mundial De Saúde,1996, p.35).Esses procedimentos deveriam ser abolidos pelo risco de causar infecção, trauma mecânico ou até mesmo choque. Estes procedimentos são facilmente substituídos por observação da placenta logo após a dequitação e durante a primeira hora do parto pela contração uterina, volume de perda dos lóquios e pela verificação dos sinais vitais.

### **2.3.3.6-Exame retal**

O exame retal era feito antigamente em substituição ao exame vaginal com o objetivo de evitar a contaminação da vagina.”Estudos comparando exames vaginais e retais mostraram uma incidência similar de infecção puerperal independente do uso de exame vaginal ou retais durante o trabalho de parto”.(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE,1996, p.22).

### **2.3.3.7- Manobras como a de Kristeller, compressão inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.**

A manobra de Kristeller, que consiste na compressão bimanual do fundo uterino, provoca violento aumento da pressão intra-uterina e pode-se seguir de trauma de miométrio e de vísceras abdominais, de descolamento prematuro da placenta e de lesão do sistema nervoso central do feto.(NEME, 2000).Alem de desarranjar a contratilidade uterina e produzir hipertonia.(REZENDE e MONTENEGRO,1995, p.197)

### **2.3.3.8- Uso rotineiro ergometrina via oral ou parenteral no terceiro periodo do parto para evitar hemorragias**

..realizou-se um estudo randomizado para investigar a influencia de comprimidos orais de ergometrina imediatamente após o nascimento.O resultado foi desapontante,comparado a um placebo,o efeito demonstrável da medicação sobre a perda sanguínea após o nascimento era pequena” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE,1996, p.31)

### **2.3.3.9.- Prática liberal de cesariana**

A cesárea tem se tornado uma cirurgia segura e cada vez mais difundida na assistência ao parto. Seus benefícios são inegáveis, até que seu abuso passa a se torna uma ameaça.

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC, 1999) apenas 3,2 % dos nascimentos não ocorreram em ambiente hospitalar (LEAL e VIACAVA, 2002)

Em relação aos óbitos maternos declarados no país aproximadamente 60% ocorrem devido à internação para o parto sendo um dos agravos os partos cirúrgicos excessivos. Ministério da Saúde já referia que “Estudos epidemiológicos têm demonstrado que o risco de morte materna e neonatal associada à cesariana é, respectivamente, sete e três vezes maior do que o associado a parto normal” (BRASIL, 2003 a , p.11)

De 15 % dos partos em 1970, a cesariana passou para 31% em 1980 (Pereira, 2001) chegando nos anos 90 a níveis astronômicos, incentivados talvez pelo “ maior pagamento dos honorários profissionais pelo antigo INAMPS, à economia de tempo e à realização clandestina de laqueadura tubária no momento do parto.” (BRASIL, 2001, p.19).

Apesar do INAMPS desde 1979 pagar valores iguais para os dois tipos de partos, acompanhado pelos seguros de saúde privados, o aumento no número de cesáreas continuou pelo fato desta cirurgia ocupar perto de 1 hora do tempo do médico. (CAPARROZ, 2003)

Devido a isso criou-se uma cultura pró-cesárea na população e principalmente na área médica onde "parte importante dos obstetras não se encontra capacitada para o acompanhamento ao parto normal."(BRASIL,2001, p.19)

Com isso a indicação passou a não ser mais hospitalar, mas pré-natal e não por força de complicação médicas da gravidez.(LIPPI, 2002)

Em 1985, a mortalidade na Suécia por cesárea era de 2,4 para cada 10.000 partos e por via vaginal é de 0,1 por 10.000 partos . Já em Recife, no Brasil, a morte por cesárea foi de 68,3 por 10.000 partos e por via vaginal 1,9 por 10.000 partos (CAPARROZ, 2003).

Desde 1998 devido a varias ações governamentais, incluindo limites percentuais para pagamento de um máximo de cesarianas em relação ao número total de partos de cada hospital, realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem ocorrendo um decréscimo deste procedimento.

Anvisa relata que o Sistema de Internação Hospitalar(SIH),a taxa de cesária no Brasil em 2003 foi de 26,4% sendo que no sudeste é a região com maior índice, chegando aos 30,8%.Vale ressaltar que os dados do sistema se referem apenas aos atendimentos feito pelo SUS. De acordo com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, atualmente o Brasil é o segundo maior realizador de cesáreas no mundo , perdendo apenas para o Chile ( BRASIL, 2004a, p.5)

#### **2.3.4 Procedimentos que devem ser abolidos quando usados rotineiramente no recém- nascido**

Não é só sobre as mulheres, na hora do parto, que ocorre o excesso de intervencionismo. Os recém-nascidos também são alvos desses procedimentos



rotineiros. Segundo MS as duas intervenções que deveriam ser repensadas são: aspiração nasofaríngea em bebês normais e o ar condicionado ligado na sala de parto durante o nascimento.

#### **2.3.4.1.-Aspiração nasofaríngea de rotina em recém –nascidos normais**

O uso de sucção através da boca e do nariz em contrapartida à aspiração nasofaríngea são as mais indicadas por privar menos a criança de oxigênio e lesar menos (Burroughs ,1995) . Apesar disso no manual do Ministério da Saúde elaborado em 2001, no capítulo de assistência imediata ao recém-nascido, organização do serviço, pede para realizar procedimento de aspiração da boca e depois narinas.(BRASIL,2001)

#### **2.3.4.2-Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento**

Após o nascimento os recém-nascidos quase sempre experimentam uma queda da temperatura. Saindo do útero quente da mãe e estando molhados,os recém-nascidos podem perder bastante calor e a temperatura pode cair de 2 a 4°C . "O recém-nascido a termo, normal, não apresenta dificuldades na manutenção da temperatura corporal, salvo em situações de temperatura ambientais baixas" (MORAIS e MAUAD, 2000, p.492)

## **2.4-HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO**

O crescente interesse pela humanização da assistência ao parto “ocupa hoje um importante espaço na agenda sanitária na maioria dos países” (Boaretto, 2003, p19) Esta idéia não surgiu apenas na ultima década do século XX onde várias foram as contribuições neste sentido. Em 1975, as Nações Unidas instituem o Ano Internacional da Mulher . No Brasil foi criado o Programa Materno-Infantil (PMI) o qual visava políticas específicas para a mulher. Isso ocorreu conjuntamente com as reivindicações das mulheres naquela década através de movimentos organizados. (CAPARROZ,2003)

Como conseqüência do movimento feminista dos anos 70 e 80 o MS em 1984 institui o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher ) “Apesar de focado na integralidade, as ações de saúde não passaram de acompanhamento pré-natal e prevenção do câncer cérvico-uterino, sendo que até esses subprogramas não oferecem uma cobertura desejada.”(PEREIRA, 2001, p.35)

Em 1985, ocorreu a Conferencia Mundial do Final da Década da Mulher, no Quênia, onde foi emitido um documento “Estratégias Encaminhadas para o Futuro do Avanço da Mulher”. No Brasil, e nesse mesmo ano ocorre no Ceará a Conferencia Internacional: Tecnologia Apropriada para o Nascimento , organizada pela OMS.“...estabelece a parturição como um processo fisiológico, estimula o respeito à autonomia e ao direito ao acompanhante, e propõe várias recomendações para uma assistência com menor grau de intervenções, que irão integrar, dois anos depois o Programa Maternidade Segura.” (PEREIRA, 2001, p.35)

Em 1986 ocorreu em Brasília VIII Conferencia Nacional de Saúde, que originou o SUS, no qual a saúde é um direito de todos .

Na década de 90 os movimentos de mulheres criaram Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (1991) e em 1993 surgiu a REHUNA (Rede de Humanização ao Nascimento). Em 1995, na China, ocorreu a IV Conferencia Mundial de Saúde da Mulher: Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz, evento da ONU , onde foram destacados os direitos sexuais e reprodutivos . Esse evento resultou em 1998 medidas assumidas pelo Brasil naquela Conferência de reduzir a mortalidade materna, melhoria do pré-natal e redução das cesáreas. As medidas foram: pagamento pelo SUS a enfermeiro obstetra e a parteira ( portaria do MS 2815/GM) e limite do o numero de cesárea a serem pagas pelo SUS, 40% em 1998, 35% em 1999 e 30% em 2000.(portaria do MS 2816/GM).

A Organização Mundial da Saúde vem propondo condutas para tentar melhorar o tratamento e humanização no parto. Relatório feito por peritos em 1996 encaminharam algumas recomendações para um parto normal (anexo 3). Estas orientações foram divididas em 4 categorias:

- Práticas úteis e que devem ser estimuladas;
- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Práticas em relação às quais não existem evidencias suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão ;
- Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.

Em junho de 2000 o MS criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que procura garantir a melhoria da qualidade do

acompanhamento pré-natal, através da melhoria do acesso, cobertura, assistência ao parto e puerpério.

Em 2001 baseado nestas recomendações da OMS , o Ministério da Saúde elaborou uma publicação denominada Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher no qual algumas desta recomendações foram adaptadas a realidade brasileira .

As Portarias 2815 e 2816/GM do Ministério da Saúde tentaram diminuir o número de cesáreas que ocorriam desnecessariamente. Será que os profissionais da saúde estavam preparados para a volta a parto normal? Ou apenas as parturientes são deixadas à própria sorte em um pré-parto sem planta física adequada, sem material e pessoal capacitado para atender sua individualidade?

Para a maioria dos professores de medicina é mais fácil operar do que humanizar, o conhecimento da técnica operatória é mais fácil do que o emocional. Quanto mais passivo for o paciente mais fácil para a estrutura médica. (CAPARROZ, 2003)

Dentro destas propostas de humanização no parto foi feito um relatório por peritos da OMS em 1996, logo atualizado em 2001 pelo MS, contendo recomendações para o parto normal. Dentre elas as práticas úteis e que devem ser estimuladas (anexo 3), que são um conjunto de procedimentos que serão relatados a seguir.

#### **2.4.1 Práticas úteis e que devem ser estimuladas na admissão ao parto**

Desde o pré-natal a gestante deveria ser estimulada a que procure por quem e onde o parto vai ocorrer. Na cidade de Santos (SP) as gestantes, que são atendidas pelo SUS, utilizam as unidades básicas de saúde, chamadas de Policlínicas. Localizadas em vários bairros, estas unidades são responsáveis pela orientação destas gestantes. Normalmente encaminham-nas para o hospital municipal. Em decorrência dessa falta de opção, além de serem internadas, às vezes onde não querem, o atendimento médico é realizado só por plantonistas. É bom lembrar que o profissional que fez o seu pré-natal não é o que assistirá o parto. No atendimento no hospital particular basta o médico estar autorizado a internar naquele hospital.

#### **2.4.2- Práticas úteis e que devem ser estimuladas no trabalho de parto**

Entre as práticas que deveriam ser estimuladas durante o trabalho de parto estão a avaliação de risco, manter o bem estar físico e emocional da parturiente, oferecendo as informações necessárias, também a oportunidade de apoio emocional por prestadores de serviço ou presença de um acompanhante de sua escolha. Será permitido a liberdade de posição e de movimentação e que deverá ser estimulada a deambulação. Utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, respirações e banhos. Se possível, líquidos via oral. A monitoração fetal deve ser intermitente, visto que o uso contínuo de monitorização por meio eletrônico demonstrou um aumento de intervenções além de um desconforto adicional para a mulher. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Tem-se verificado que, em grandes ensaios clínicos aleatórios e de meta-análise, o uso rotineiro da cardiocografia em gestações de baixo risco está formalmente contra indicado, devido ao alto índice de resultados falso-positivos (MARTINS, RAMOS, BRIETZKE, 2001)

Outros procedimento indicados são vigilância das contrações uterinas e o uso do partograma que “é uma representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias” (Brasil,2001,p 45). Neste procedimento está inserido registro da dilatação, contração uterina, ausculta fetal, plano de De Lee, posição, condições das membranas, uso de medicações.

#### **2.4.3- Práticas úteis e que devem ser estimuladas no parto**

No parto deverá ser mantido a privacidade da parturiente e dependendo do material a ser utilizado deverá ser mantido esterilizado ou descontaminado, assim como o uso de luvas no exame vaginal e o corte do cordão ser feito de maneira estéril. Em casos de risco de hemorragia puerperal utilizar ocitocina preventiva no terceiro período do parto. Além disso a tração controlada ou a combinação dele com a ocitocina , na dequitação . “...no emprego de ocitócitos após o desprendimento dos ombros, combinado com a tração controlada do cordão umbilical. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal”.(MARTINS, RAMOS BRIETZKE, 2001, p.5)

#### **2.4.4 Práticas úteis e que devem ser estimuladas no atendimento ao recém-nascido.**

Na hora do nascimento seria necessário um conjunto de procedimentos para prevenção da hipotermia neonatal. É importante nessas práticas a necessidade de ter a mão alguns exames como HIV, em caso de positivo, indicar a supressão da lactação. Não ocorrendo esse problema a amamentação deverá ser estimulada na primeira hora após o parto e com isso estimulação cutânea direta da mãe e do filho. Recomenda-se o uso de Vitamina K , para prevenção de hemorragia neonatal e o uso de nitrato de prata ou tetraciclina , para prevenção da oftalmia gonocócica , constituem ações importantes . E por último , e não menos importante , manter o contato direto com o filho através de alojamento conjunto.

### **3-METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo , comparativo realizado em dois hospitais na cidade de Santos.

#### **3.1 Desenho do estudo**

O critério de escolha das maternidades levou em consideração a natureza jurídica e a titulação . A maternidade pública é referência para as policlínicas no encaminhamento do parto atendido pelo SUS e detentora do título “Hospital Amigo da Criança” e a maternidade privada possui ISO 9001:2000.

A maternidade pública atende apenas clientes do Sistema Único de Saúde (SUS) tem 53 leitos totais sendo 24 leitos de enfermagem no puerpério, 5 leitos no centro obstétrico , 5 leitos de unidade de terapia intensiva neonatal e 17 leitos para cirurgias ginecológicas e pediátricas e 2 leitos no berçário. Possui Centro Obstétrico só para partos normais e Centro cirúrgico para parto operatório, mas atende outras cirurgias, UTI Neonatal e Berçário É detentora do título de “Hospital Amigo da Criança” concedido pelo Ministério da Saúde em 1996 “...que é um conjunto de ações idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.(anexo 4) No ano de 2005 foram realizados 1782 partos sendo 1183 (66%) normais, 24 fórceps e 575 (32%) cesarianas.



A maternidade privada atende apenas clientes particulares e do sistema suplementar de saúde. Possui 10 leitos, sendo 06 tipo apartamento e 04 leitos em enfermaria. Possui Centro Obstétrico que atende parto normal e cesariana, UTI Neonatal e Berçário. É detentora da certificação ISO 9001:2000, significando qualidade de gestão de serviços. No ano de 2005 foram realizados 944 partos sendo 151 (16%) normais, 4 fórceps e 789 (84%) cesarianas.

A ISO, sigla que significa *International Organization for Standardization*, é uma entidade não-governamental criada em 1947 e com sede em Genebra - Suíça. O seu objetivo é promover, no mundo, o desenvolvimento da normalização e de atividades relacionadas, com a intenção de facilitar o intercâmbio internacional de bens e serviços e de desenvolver a cooperação nas esferas intelectual, científica, tecnológica e de atividade econômica([www.sesi.org.br/menu/iso.htm](http://www.sesi.org.br/menu/iso.htm))

### **3.2- Procedimento de pesquisa de campo.**

O procedimento de pesquisa de campo utilizado foi a semana típica, com o objetivo de observar todos os trabalhos de parto e parto naquela semana.

No hospital público a coleta ocorreu das 7 horas do dia 2 de janeiro de 2006 às 7 horas do dia 9 de janeiro de 2006 com o acompanhamento de todos os partos realizados por equipe de pesquisa treinada dividida em turnos, e aplicação do questionário nas parturientes realizados pela pesquisadora. Ocorreram 34 partos (24 partos normais- PN e 10 partos cesarianas -PC) Uma puérpera (apesar de ter dado autorização e visto o parto), a pedido da psicóloga do Hospital não foi entrevistada, totalizando assim 33 partos analisados (23 PN e 10 PC)

No hospital privado o período foi das 7 horas do dia 16 de janeiro de 2006 ao dia 23 de janeiro de 2006 às 7 horas, com o acompanhamento de todos os partos e aplicação do questionário nas parturientes realizados pela pesquisadora. Ocorreram

18 partos (1 PN e 17 PC) destes, três não quiseram participar após explicação do estudo, totalizando 15 partos ( 1 PN e 14 PC).

### **3.3-Instrumento**

O instrumento utilizado foi um questionário com 32 perguntas fechadas (anexo 1) que foi aplicado após o parto e antes da alta hospitalar. É um roteiro com 24 itens (anexo 2) para retirada de informações dos prontuários e observação dos partos no hospital. Esses dois instrumentos foram elaborados à partir do relatório feito por peritos em 1996 pela OMS, modificados em 2001 pelo MS, que encaminharam algumas recomendações para um parto normal. Estas orientações foram divididas em 4 categorias. Destas categorias, utilizaremos duas que foram adaptadas nestes dois instrumentos: a primeira categoria - práticas úteis e que devem ser estimuladas e a segunda -práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas,. As outras duas categorias, a terceira- práticas em relação às quais não existem evidencias suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e a quarta categoria -práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado, não foram utilizadas por carecer de novas pesquisas para melhor esclarecimento.

## 4-RESULTADOS

As informações levantadas foram organizadas em banco utilizando-se do programa Access. As 32 perguntas fechadas (anexo 1) e um roteiro com 24 itens (anexo 2) foram divididos em 4 grupos: admissão, pré-parto, parto e recém-nascido e avaliados de acordo com as respostas esperadas para considerar humanizada pelo MS.

Apesar do MS ter estudado as práticas no parto normal, neste estudo considerou-se que o parto cesárea poderia ser também visto, devendo apenas sua indicação ser justificada e seguir alguns parâmetros semelhantes ao do parto normal. Nos grupos admissão, trabalho de parto e recém-nascido, os indicadores são os mesmo, tanto para parto normal, como para cesárea. No caso do grupo parto foi realizada uma adaptação dos quesitos válidos pois alguns procedimentos não ocorrem no parto cesárea.

Para se realizar o calculo dos percentuais para partos cesarianas foram considerados 10 cesáreas para o hospital público e 14 para o hospital privado, com exceção na análise do item prática liberal de cesarianas, onde foi colocado os valores totais dos partos (33 no hospital público e 15 no hospital privado). Em relação aos partos normais só foram considerados para análise os 23 partos normais do Hospital Público, visto que ocorreu apenas 1 parto normal no hospital privado, sendo este utilizado nas outras análises(admissão, trabalho de parto e recém-nascido).

Para a análise dos 4 grupos foi feita somatória dos itens esperados e dividido pela ocorrência de todas as respostas consideradas esperadas pesquisadas em cada hospital.

Para analisar o desempenho destes grupos foi criado parâmetros adaptados do trabalho Alves e Silva (2000) : insatisfatório menores 50%, regular entre 50% e 79% e satisfatório acima de 80%.

Classificação dos hospitais de acordo com número de indicadores com valor superior a 80%: Vuori (1980) afirma que muitas vezes o bom não se adequa ao ótimo e sugere que, no nível de um atendimento individual, este seja considerado "bom" se 80% dos critérios explicitados forem satisfeitos. Numa adaptação desta afirmativa, neste trabalho foram computados em números absolutos os indicadores que apresentaram valores superiores a essa porcentagem.(RATTNER,1991)

#### **4.1-Resultados dos indicadores de humanização na admissão.**

A tabela 1 apresenta as práticas no parto em maternidade pública e privada que devem ser estimuladas. A resposta esperada, para ser considerado o procedimento humanizado, seria a resposta "sim".

**Tabela 1- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NA ADMISSÃO.**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Planejamento individual determinando onde parto será realizado(Escolheu o hospital?)</b>				
Sim	24	72,72	13	86,86
Não	9	27,27	2	13,33
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Planejamento individual determinando por quem o parto será realizado(Escolheu o medico?)</b>				
Sim	0	0	14	93,33
Não	33	100	1	6,66
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

A gestante teve a oportunidade de escolha do local onde foi realizado o parto tanto no hospital público como no hospital privado. Não ocorreu a mesma oportunidade em relação à escolha de quem realizaria o parto no hospital público.

A tabela 2 apresenta os indicadores de humanização na maternidade pública e privada que deveriam ser eliminados na admissão. A resposta esperada, para ser considerado humanizado o procedimento, seria a resposta “não”

**Tabela 2-INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS NA ADMISSÃO.**

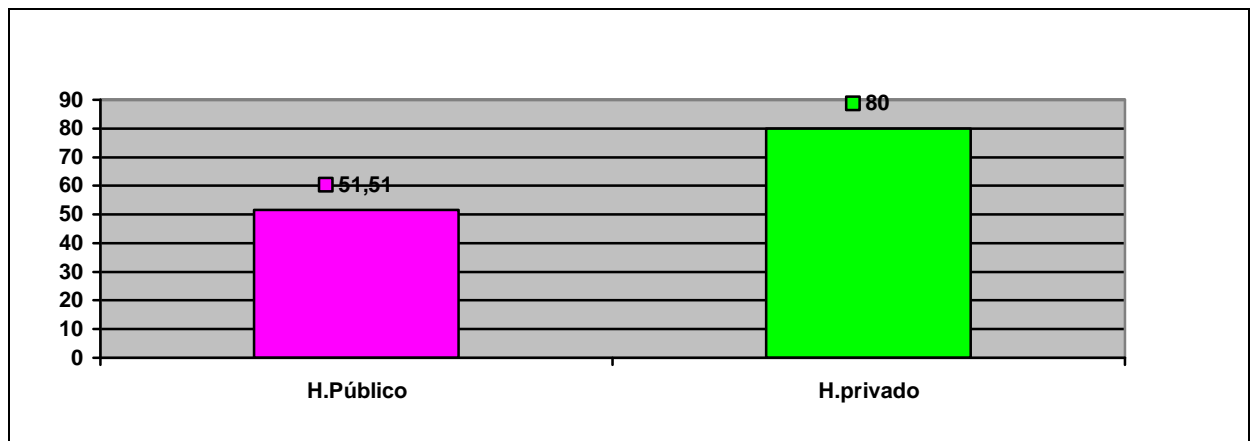
Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Uso rotineiro do enema</b>				
Sim	8	24,24	0	0
Não	25	75,75	15	100
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	1	3,03	0	0
<b>Uso rotineiro de tricotomia</b>				
Sim	29	87,87	12	80
Não	4	12,12	3	20
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Uso de pelvimetria por raio X</b>				
Sim	0	0	0	0
Não	33	100	15	100
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Nesta tabela o item uso rotineiro de tricotomia foi caracterizado em ambos hospitais como insatisfatório. A não utilização de enema em mais 75% no hospital público e em nenhuma parturiente no hospital privado teve bom resultado.

O gráfico 1 apresenta o percentual de desempenho das maternidades no grupo admissão em relação a humanização. Foram analisados os 5 itens pesquisados na admissão (tabela 2 e 3) o total de respostas esperadas no hospital público seria 165 (33 parturientes multiplicados por 5 itens esperados resultando em 165 respostas esperadas) e obteve apenas 85 respostas esperadas (51,51%) e no

hospital privado o total de respostas esperadas seria 75 (15 parturientes multiplicados por 5 itens esperados dando como resultado 75) e obteve 60 respostas esperadas (80%)

### Gráfico 1- Percentual de desempenho das maternidades no grupo Admissão em relação a humanização



*Legenda de cores*

■ maior 80% -satisfatório ■ 50-79% -regular ■ abaixo de 50%-insatisfatório.

O desempenho das maternidades em relação a humanização na admissão foi regular no hospital público e satisfatório no privado.

#### 4.2-Resultados dos indicadores de humanização no trabalho de parto

Na tabela 3 apresenta Indicadores de humanização na maternidade pública e privada que deveriam ser estimulados no trabalho de parto.A resposta esperada para ser considerado humanizado o procedimento seria a resposta “sim”.

**Tabela 3-INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NO TRABALHO DE PARTO**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem</b>				
Sim	27	81,81	14	93,33
Não	3	9,03	1	6,66
Não sei	3	9,03	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Avaliação do risco durante trabalho de parto</b>				
Sim	17	51,51	7	46,66
Não	16	48,48	8	53,33
<b>Monitorar o bem estar físico e emocional durante o trabalho de parto</b>				
Sim	16	48,48	8	53,33
Não	17	51,51	7	46,66
<b>Fornecimento do líquido por via oral durante o trabalho de parto</b>				
Sim	7	21,21	0	0
Não	26	78,78	15	100
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Apoio emocional pelos prestadores de serviços durante o trabalho de parto</b>				
Sim	33	100	15	100
Não	0	0	0	0
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0



**Continuação**

**Tabela 3-INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NO TRABALHO DE PARTO**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto</b>				
Sim	1	3,03	13	86,66
Não	32	96,96	2	13,33
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Método não invasivo e não farmacológico de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto</b>				
Sim	10	30,30	0	0
Não	23	69,69	15	100
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente</b>				
Sim	26	78,78	11	73,33
Não	7	21,21	4	26,66
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal</b>				
Sim	17	51,51	7	46,66
Não	16	48,48	8	53,33
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto</b>				
Sim	18	54,54	6	40
Não	14	42,42	9	60
Não sei	1	3,03	0	0
Não me recordo	0	0	0	0

## Continuação

**Tabela 3-INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NO TRABALHO DE PARTO**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Estímulo à posição não supina durante o trabalho de parto</b>				
Sim	8	24,24	1	6,66
Não	25	75,75	14	93,33
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto ,uso do partograma</b>				
Sim	1	3,03	0	0
Não	32	96,96	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Verifica-se a ocorrência de percentual satisfatório em dois itens considerados humanizados tanto no público como no privado :em relação ao fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem ocorreu em 81,81 % (n=27) no hospital público foi 93,33% (n=14) no hospital privado; assim como em ambos hospitais ocorreu 100% de resposta sim, que tiveram apoio emocional durante o trabalho de parto (hospital público n=33 e privado n=15).

O percentual regular, em ambas maternidades ocorreu em apenas um item: o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente ocorreu em 78,78 % (n=26) no hospital público e 73,33 %(n=11) no privado.

Constatou-se a ocorrência percentual regular em um item, tanto no hospital público como no privado: monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente 78,78% (n=26) no hospital público e 73,33% no hospital privado.

Verifica-se a ocorrência de percentual insatisfatório em três itens, tanto no hospital público quanto no privado: Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto, apenas 21,21% (n=7) tiveram esta oportunidade no hospital público e 0%(n=0) no hospital privado. Método não invasivo e não farmacológico de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto foi realizado em 30,3% (n=10) no hospital público e nenhum no privado. Estímulo a posições não supinas (não deitada) durante o trabalho de parto foram estimuladas em 24,24% (n=8) dos partos no hospital público e em 6,66%(n=1). no privado monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma , foi observado em 3,03% (n=1) dos partos no hospital público e em nenhum no privado.

Nos itens onde ocorreu diferença das resposta dos hospitais foram três respostas consideradas humanizadas pelo hospital publico não ocorrendo no privado : avaliação do risco durante trabalho de parto tendo o hospital publico 51,51% (n=17) feito esta avaliação, diferente do hospital privado onde apenas 46,66%(n=7) avaliaram o risco. O mesmo ocorreu em relação ao item vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal, no hospital publico 51,51% (n=17) feito este controle das contrações uterinas, diferente do hospital privado onde apenas 46,66%(n=7) tiveram controle das contrações. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, o hospital público teve 54,54%(n=18) de respostas esperadas para humanização e apenas 40%(n=6) ocorreram no privado.

Ocorreram duas respostas compatíveis com o parto humanizado pelo hospital privado não ocorrendo no hospital público. Monitorar o bem estar físico e emocional durante o trabalho de parto com apenas 48,48% (n=16) de atendimento a este item pelo hospital público e 53,33%(n=8) no privado. No item Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto, em 3,03% (n=1) dos partos, as gestantes no hospital público tiveram a oportunidade de escolher e situação inversa ocorreu no hospital privado, 86,66%(n=13) puderam ter acompanhantes de sua escolha e não foi permitida a presença de acompanhantes da escolha da parturiente em 96,96% tanto no trabalho de parto quanto no parto no hospital público.

A tabela 4 apresenta os indicadores de humanização na maternidade pública e privada que deveriam ser eliminados no trabalho de parto. As respostas esperadas para ser considerado humanizado são no item toques vaginais freqüentes, onde foi considerado apenas seis ou mais toques como resposta não humanizada e no item administração de ocitocina antes do parto de modo que não se permita controlar seus efeito, a resposta “não” e “não foi administrado” são consideradas humanizadas. No restante, a respostas esperadas para ser considerado humanizado seria a resposta “não”.

**Tabela 4- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS NO TRABALHO DE PARTO**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.Catequização venosa profilática de rotina</b>				
Sim	24	72,72	6	40
Não	9	27,27	9	60
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto</b>				
Sim	25	75,75	8	53,33
Não	7	21,21	7	46,66
Não sei	1	3,03	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Administração de ocitocina antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos</b>				
Sim	9	27,27	0	0
Não	12	36,36	1	6,66
Não foi administrado	12	36,36	14	93,33
<b>Toque vaginais freqüentes</b>				
Um toque	3	9,09	4	26,66
Dois toques	10	30,30	1	6,66
Três toques	5	15,15	0	0
Quatro toques	4	12,12	0	0
Cinco toques	2	6,06	1	6,66
Seis ou mais toques	3	9,09	1	6,66
Não sei	1	3,03	0	0
Não me recordo	1	3,03	0	0
Nenhuma vez	4	12,12	8	53,33
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Verfica-se como satisfatória, em ambos hospitais, dois itens: a pouca freqüência toques vaginais obtendo neste item 90%(n=30) de freqüência de toques

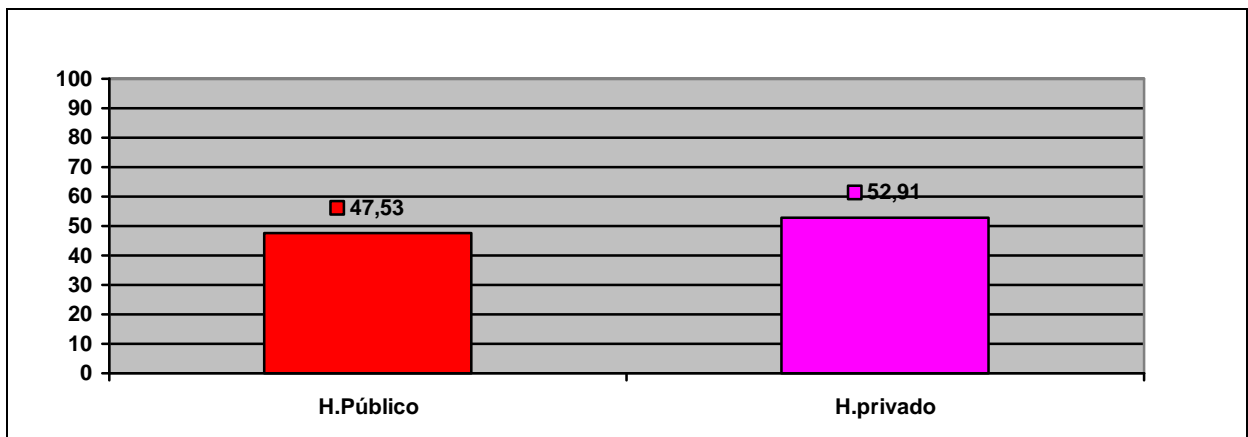
inferior a seis no hospital público. No hospital privado ocorreu a frequência inferior a seis toques em 93,3%(n=14). No item administração de ocitocina antes do parto de modo que não se permita controlar seus efeitos, verifica-se que apenas 27,27% (n=9) fizeram no hospital público e nenhum no hospital privado

No item uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto foi verificado percentual insatisfatório de humanização em ambos hospitais com 21,21%(n=7) no hospital público, logo mais de 75% foram orientadas a ficarem deitadas e 46,66 % (n=7) no hospital privado, isto é, mais de 53% ficaram deitadas.

No item com divergência dos hospitais pesquisados está: infusão intravenosa de rotina com 27,27%(n=9) no hospital público, que não fizeram punção venosa com baixo desempenho para humanização. Em contra partida 60%(n= 9) que não fizeram no hospital privado sendo considerado regular.

No gráfico 2 apresenta o percentual de desempenho das maternidades no tópico Trabalho de parto em relação a humanização. Foram analisados os 16 itens pesquisados no trabalho de parto(tabela 4 e 5) o total de respostas esperadas no hospital público seria 528 (33 puerperas multiplicado por 16 respostas consideradas esperadas para humanização, totalizando 528 respostas humanizadas) e obteve apenas 251 respostas esperadas humanizadas (47,53%) e no hospital privado o total de respostas esperadas seria 240 (15 puerperas multiplicado por 16 respostas consideradas esperadas para humanização, totalizando 240 respostas humanizadas) e obteve 127 respostas esperadas humanizadas (52,91%)

## Gráfico 2-Percentual de desempenho das maternidades no tópico Trabalho de parto em relação a humanização



### Legenda de cores

■ maior 80% -satisfatório  
 ■ 50-79% -regular  
 ■ abaixo de 50%-insatisfatório.

O desempenho das maternidades em relação a humanização no trabalho de parto (gráfico 2) foi insatisfatório no hospital público e regular no privado.

### 4.3- Resultados dos indicadores de humanização no parto

Como foi observado tanto o parto normal como parto cesariana e ocorre diferença em alguns procedimentos nesses tipos de partos, então será subdividido.

#### 4.3.1- Resultados dos humanização no parto cesariana

A tabela 5 apresenta os indicadores de humanização na maternidade pública e privada que deveriam ser estimulados no parto cesárea. As respostas esperadas para ser considerado humanizado os procedimentos seria a resposta “sim”.

**Tabela 5- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NO PARTO CESÁREA**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Respeito a privacidade no local do parto</b>				
Sim	9	90	14	100
Não	0	0	0	0
Não sei	1	10	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Respeito ao direito da mulher sobre acompanhantes durante o parto</b>				
Sim	0	0	12	85,71
Não	10	100	2	14,28
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Uso de luva no manuseio da placenta</b>				
Sim	10	100	14	100
Não	0	0	0	0
<b>Uso de material descartável e descontaminado adequadamente de reutilizáveis</b>				
Sim	10	100	14	100
Não	0	0	0	0
<b>Administração de ocitocina justificada</b>				
Sim	4	40	7	50
Não	5	50	7	50
Não foi administrada	1	10	0	0
<b>Condições estéreis ao cortar o cordão</b>				
Sim	10	100	14	100
Não	0	0	0	0
<b>Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares</b>				
Sim	10	100	9	64,28
Não	0	0	5	35,71
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>



Nos itens respeito a privacidade no local do parto, uso de material descartável, uso de luva no manuseio da placenta e condições estéreis ao cortar o cordão todos obtiveram 100% de respostas esperadas humanizadas tanto no hospital público (n=10) quanto no hospital privado (n=14).

No item respeito ao direito da mulher sobre acompanhantes durante o parto no hospital público este item não foi permitido a nenhuma gestante (n=0) contrapondo ao hospital privado onde 85,71%(n=12) tiveram este direito.

No item exame rotineiro da placenta e membranas ovulares foi observado que foi satisfatório ,100%(n=10) no hospital público e regular no privado, 64,28%(n=9).

Na análise do item administração de ocitocina as respostas esperadas seriam “sim” e “não foi administrada” ocorrendo 50%(n=5) no hospital público e obteve o mesmo índice no hospital privado 50%(n=7) sendo considerado regular.

Na Tabela 6 apresenta os Indicadores de humanização na maternidade pública e privada que deveriam ser eliminados no parto cesárea

**Tabela 6- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS NO PARTO CESÁREA**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Prática liberal de cesárea</b>				
Parto normal	23	69,69	1	6,66
Parto cesárea	10	30,30	14	93,33
Parto fórceps	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Uso de ergometrina no terceiro período do parto</b>				
Sim	4	40	0	0
Não	6	60	14	100
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

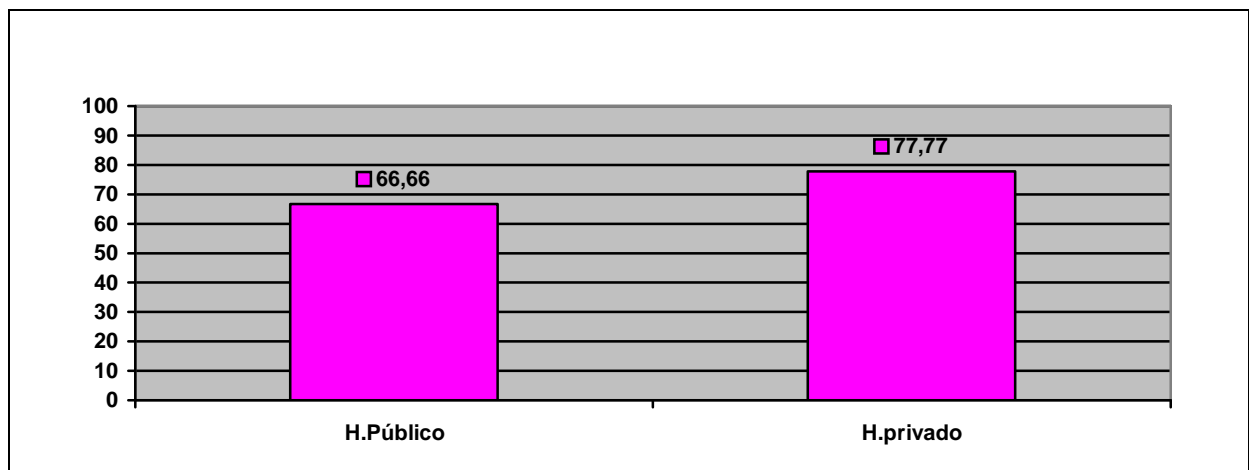
A resposta esperada para ser considerado humanizado no item uso de ergometrina no terceiro período do parto seria a resposta “não” onde obteve 60%(n=6) no hospital público sendo considerado regular e 100%(n=14) no privado, sendo considerado satisfatório.

No item tipo de parto realizado, o parâmetro utilizado anteriormente não poderá ser utilizado pois segundo MS é recomendado abaixo de 30% a frequência de parto cesariana nos hospitais, sendo assim considerado satisfatório abaixo de 30% e insatisfatório acima de 30% No hospital privado ocorreu 93,33% (n=14) dos partos foram cesariana e apenas 6,66%(n=1) parto normal, caracterizando insatisfatório para humanização. No hospital publico obteve 30% estando dentro dos limites de satisfatório.

No gráfico 3 apresenta o percentual de desempenho das maternidades no tópico parto cesariana em relação a humanização. Foram analisados os 9 itens pesquisados no parto cesárea (tabela 6 e 7) o total de respostas esperadas no

hospital público seria 90 (10 puerperas multiplicado por 9 respostas consideradas esperadas para humanização, totalizando 90 respostas humanizadas) e obteve apenas 60 respostas humanizadas (66,66%) e no hospital privado o total de respostas esperadas seria 126 (14 puérperas multiplicado por 9 respostas consideradas esperadas para humanização, totalizando 126 respostas humanizadas) e obteve 98 respostas humanizadas (77,77%).

**Gráfico 3-Percentual de desempenho das maternidades no tópico parto cesariana em relação a humanização**



*Legenda de cores*

■ maior 80% -satisfatório ■ 50-79% -regular ■ abaixo de 50%-insatisfatório.

O desempenho das maternidades em relação a humanização no parto cesáreo (gráfico 3) foi regular em ambas maternidades.

#### 4.3.2- Resultados dos indicadores de humanização no parto normal

Nesta análise será observado apenas os partos normais ocorridos no hospital público devido a ocorrência de apenas um parto normal na semana pesquisada no hospital privado.

A tabela 7 apresenta os indicadores de humanização na maternidade pública que deveriam ser estimulados no parto normal. As resposta esperada para ser considerado humanizado o procedimento seria a resposta “sim”.

**Tabela 7- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NO PARTO NORMAL**

Indicadores	pública	
	f	%
<b>Respeito a privacidade no local do parto</b>		
Sim	21	91,30
Não	1	4,34
Não sei	1	4,34
Não me recordo	0	0
<b>Respeito ao direito da mulher sobre acompanhantes durante o parto</b>		
Sim	1	4,34
Não	22	95,65
Não sei	0	0
Não me recordo	0	0
<b>Uso de luva no manuseio da placenta</b>		
Sim	23	100
Não	0	0
<b>Uso de material descartável e descontaminado adequadamente de reutilizáveis</b>		
Sim	21	91,30
Não	2	8,69
<b>Administração de ocitocina justificada</b>		
Sim	7	30,40
Não	10	43,47
Não foi administrada	6	26,08

**Continuação**

**Tabela 7-INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NO PARTO NORMAL**

Indicadores	pública	
	f	%
<b>Condições estéreis ao cortar o cordão</b>		
Sim	23	100
Não	0	0
<b>Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares</b>		
Sim	16	69,56
Não	7	30,43
<b>Medicada para dor durante o parto?</b>		
Sim	1	4,34
Não	21	91,30
Não sei	0	4,34
Não me recordo	0	0
<b>Uso de luva no exame da vagina</b>		
Sim	21	91,30
Não	2	8,69
<b>Uso de ocitocina , tração controlada do cordão ,ou sua combinação durante o terceiro estagio do trabalho de parto</b>		
Sim	19	82,60
Não	4	17,39
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Nos ítems com desempenho satisfatório: respeito a privacidade no local do parto, uso de material descartável e uso de luva no exame vaginal, com 91,3%(n=21). Uso de luva no manuseio da placenta e condições estéreis ao cortar o cordão obtiveram 100% de respostas esperadas humanizadas (n=23). E no item uso de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação obteve 82,6%(n=19) de respostas esperadas.

No ítem exame rotineiro da placenta e membranas ovulares foi observado que 69,56%(n=16) tiveram esse exame feito sendo considerado regular. Assim como na análise do item administração de ocitocina as respostas esperadas seriam “sim” e “não foi administrada” obteve 56,48% (n=12) , com regular desempenho.

Nos ítems que tiveram percentual insatisfatório de resposta esperada, logo pouco humanizados, foram: respeito ao direito da mulher sobre acompanhantes durante o parto no hospital público este item foi permitido para 4,34% (n=1) e o item medicada para dor com apenas 4,34% (n=1).

Na tabela 8 apresenta os indicadores de humanização na maternidade pública que deveriam ser eliminados no parto normal.

**Tabela 8- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS NO PARTO NORMAL**

Indicadores	pública	
	f	%
<b>Uso rotineiro da posição litotômica (posição que fiou no parto?)</b>		
Deitada com as pernas apoiadas na perneira da mesa	14	60,86
Deitada de costas com a cama ,em pouco inclinada para frente com as pernas apoiadas na perneira da mesa	1	4,34
Deitada de costa com as pernas dobradas e afastadas sem apoio da perneira	7	30,43
Não sei	1	4,34
Não me recordo	0	0
<b>Manobra de Kristeller ou similar, com pressão inadequada aplicada ao fundo uterino no período expulsivo</b>		
Sim	7	30,43
Não	16	69,56
Não sei	0	0
Não me recordo	0	0
<b>Esforço de puxos prolongados e dirigidos</b>		
Sim	21	91,30
Não	2	8,69
Não sei	0	0
Não me recordo	0	0
<b>Uso liberal e rotineiro de episiotomia(Fez episiotomia ?)</b>		
Sim	17	73,91
Não	6	26,08
Não sei	0	0
Não me recordo	0	0
<b>Exame retal</b>		
Sim	5	21,73
Não	17	73,91
Não sei	1	4,34
Não me recordo	0	0

## Continuação

**Tabela 8- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS NO PARTO NORMAL**

Indicadores	pública	
	f	%
<b>Lavagem uterina</b>		
Sim	0	0
Não	23	100
<b>Revisão rotineira do útero após o parto</b>		
Sim	1	4,34
Não	22	95,65
<b>Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do parto</b>		
Sim	11	47,82
Não	12	52,17
<b>Uso de ergometrina no terceiro período do parto</b>		
Sim	13	56,52
Não	10	43,47
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

O item uso rotineiro da posição litotômica obteve a resposta esperada seria numa posição mais verticalizada ou semi-sentada tendo apenas 1 caso (4,34%) o uso rotineiro da posição litotômica 60,86% (n=14) foi observado neste hospital sendo insatisfatório para a humanização. Nos casos que ficaram deitadas com as pernas afastadas sem o apoio das perneiras 30,43% (n=7) ocorreram devido ao parto ter findado no leito.

Nos restante dos itens a resposta esperada para humanização era “não”.



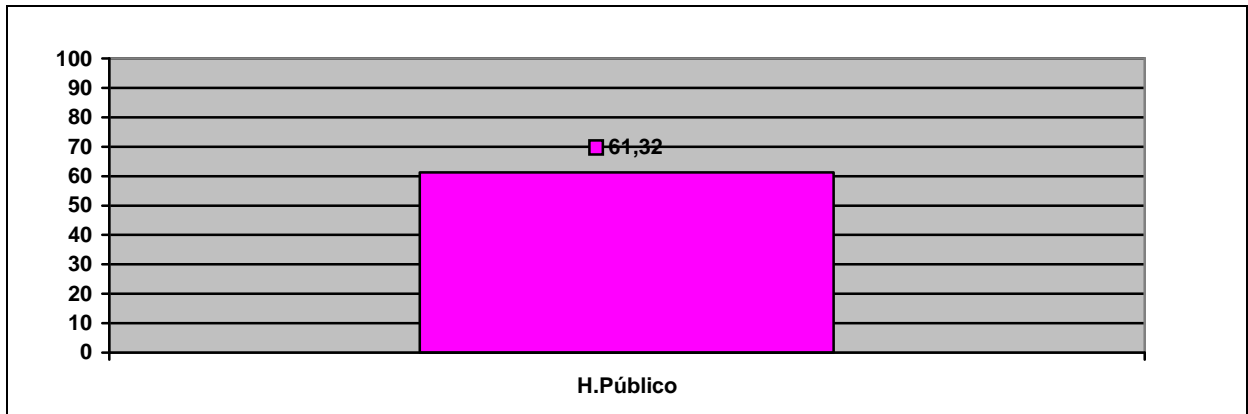
Os índices com respostas satisfatórias para humanização foram: não fizeram lavagem uterina em 100% (n=23) e revisão rotineira do útero após o parto –curagem não foi realizada em 95,65%(n=22).

Os índices com respostas regulares para humanização : Manobra de Kristeller ou similar com 69,56%(n= 16) que não fizeram este procedimento, exame retal não foi feito em 73,91%(n= 17) , massagem e distensão do períneo 52,17%(n=12)

Nos itens que tiveram insatisfatório percentual de respostas humanizadas foram: esforço de puxo prolongado e dirigidos com apenas 8,69(n=2) que não fizeram, tendo assim mais de 91% realizado este procedimento. O uso de ergometrina no terceiro período do parto com apenas 43,47% (n=10) que não fizeram , tendo portanto 56,52% utilizado desta medicação. No uso de episiotomia não foi feito em apenas 26,08%(n=6).

O gráfico 4 apresenta percentual de desempenho da maternidade pública no tópico parto normal em relação a humanização.Foi analisando os 19 itens pesquisados no parto normal (tabela 8 e 9) o total de respostas esperadas no hospital público seria 437 (23 puérperas multiplicado por 19 respostas consideradas esperadas para humanização, totalizando 437 respostas humanizadas) e obteve apenas 268 respostas humanizadas (61,32%)

**Gráfico 4-Percentual de desempenho da maternidade pública no tópico parto normal em relação a humanização**



*Legenda de cores*

■ maior 80% -satisfatório 
 ■ 50-79% -regular 
 ■ abaixo de 50%-insatisfatório.

O desempenho da maternidade pública em relação a humanização no parto normal (gráfico 4) foi regular.

**4.4- Resultados dos indicadores de humanização no atendimento ao recém-nascido.**

A tabela 9 apresenta os indicadores de humanização na maternidade pública e privada que deveriam ser estimulados no atendimento ao recém-nascido. As respostas esperadas para ser considerado humanizado os procedimentos seria a resposta “sim”.nos casos em que a resposta é não se aplica, deu-se devido a necessidade de ida do RN para unidade de terapia intensiva assim que nasceu.

**Tabela 9- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ESTIMULADOS NO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO**

Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Contato cutâneo direto ,precoce entre a mãe e o filho</b>				
Sim	28	84,84	14	93,33
Não	5	15,15	1	6,66
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Alojamento conjunto</b>				
Sim	29	87,87	14	93,33
Não	0	0	0	0
Não sei	0	0	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
Não se aplica	4	12,12	1	6,66
<b>Apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto</b>				
Sim	5	15,15	2	13,33
Não	25	75,75	13	86,66
Não sei	1	3,03	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
Não se aplica	2	6,06	0	0
<b>Prevenção de hipotermia do bebe</b>				
Sim	23	69,69	9	60
Não	10	30,30	6	40
<b>Prevenção da hemorragia neonatal com o uso da vitamina K</b>				
Sim	33	100	15	100
Não	0	0	0	0
<b>Prevenção da oftalmia gonocócica com uso de nitrato de prata ou tetraciclina</b>				
Sim	33	100	15	100
Não	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Em dois itens ocorreram 100% de respostas humanizadas tanto para o hospital público (n=33) como para o privado (n= 15) foram eles: prevenção de hemorragia neonatal com o uso da vitamina K e a prevenção da oftalmia gonocócica com o uso do nitrato de prata. Nos itens que também obtiveram respostas esperada humanizadas em percentuais satisfatórios foram: Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho foi permitido em 84,84% (n=28) no hospital público e 93,33% (n=14) no privado.; alojamento conjunto em 87,87% (n=29) no Hospital público e 93,33%(n=14) no privado. Importante salientar que ambos hospitais utilizam do alojamento conjunto como rotina e alguns casos não foi possível por problemas com o RN.

No item prevenção da hipotermia do RN ocorreu em 69,69%(n=23) no hospital público e 60% (n=9) no hospital privado sendo regular para humanização.

O item que obteve menor percentual de humanização, logo insatisfatório em relação a assistência do recém-nascido foi o apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, 15,15%(n=5) no hospital público e 13,33%(n=2) no hospital privado.

Na Tabela 10 apresenta os indicadores de humanização na maternidade pública e privada que deveriam ser eliminados no atendimento ao recém-nascido. As respostas esperadas para ser considerado humanizado seria a resposta “não”.

**Tabela 10- INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE PÚBLICA E PRIVADA QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS NO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO**

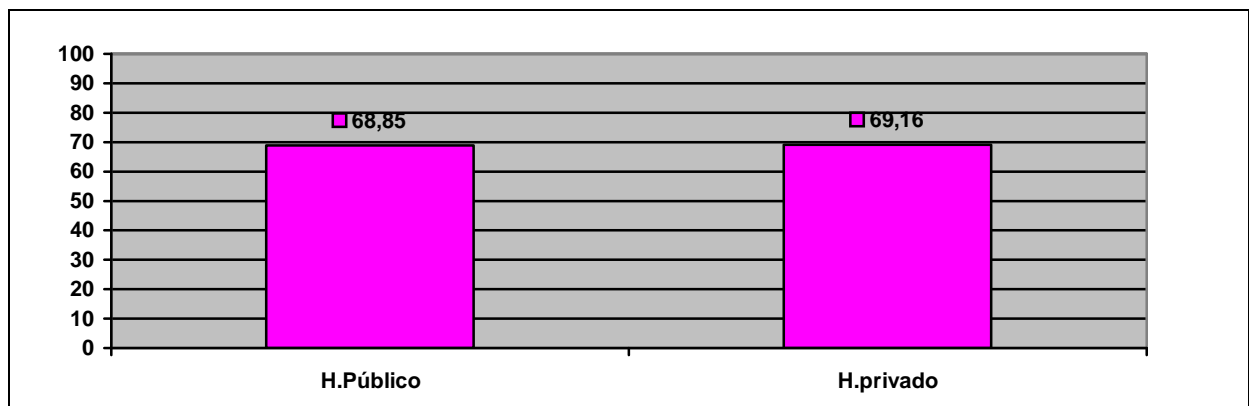
Indicadores	pública		privada	
	f	%	f	%
<b>Manutenção artificial do ar frio na sala de parto durante o nascimento</b>				
Sim	10	30,30	5	33,33
Não	14	42,42	10	66,66
Não sei	9	27,27	0	0
Não me recordo	0	0	0	0
<b>Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais</b>				
Sim	17	51,51	11	73,33
Não	16	48,48	4	26,66
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

No item manutenção do ar frio na sala de parto durante o nascimento teve apenas 42,42% (n=14) que afirmaram que o ar condicionado estava desligado no hospital público sendo considerado insatisfatório. Em contrapartida 66,66%(n=10) no hospital privado referem que o ar condicionado estava desligado, sendo analisado como regular.

Em relação ao item aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais, houve um percentual insatisfatório em relação as respostas esperadas humanizadas tendo 48,48%(n=16) no hospital público que não fizeram este procedimento e somente 26,66%(n=4) no privado que não fizeram a aspiração do recém-nascido.

O gráfico 5 apresenta o percentual de desempenho das maternidades no tópico recém-nascido em relação a humanização. Foi analisando os 8 itens pesquisados na assistência ao recém-nascido (tabela 10 e 11) o total de respostas esperadas no hospital público seria 264 (33 puérperas multiplicado por 8 respostas consideradas esperadas para humanização, totalizando 264 respostas humanizadas) e obteve apenas 181 respostas humanizadas (68,85%) e no hospital privado o total de respostas esperadas seria 120 (15 puérperas multiplicado por 8 respostas consideradas esperadas para humanização, totalizando 120 respostas humanizadas) e obteve 83 respostas humanizadas (69,16%).

**Gráfico 5-Percentual de desempenho das maternidades no tópico recém-nascido em relação a humanização**



*Legenda de cores*

■ maior 80% -satisfatório 
 ■ 50-79% -regular 
 ■ abaixo de 50%-insatisfatório

O desempenho das maternidades em relação a humanização na assistência ao recém-nascido (gráfico 5) foi regular tanto no hospital público quanto no privado.

## 5-DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como proposta estudar o fenômeno fisiológico–parto, sua institucionalização, intervencionismo e a proposta de humanização na assistência. Com o objetivo de verificar se a assistência hospitalar prestada a gestante/parturiente / puérpera é humanizada, segundo o padrão proposto pelo MS(2001) e verificar a ocorrência de diferenças na assistência a parturientes em hospital privado e da rede SUS, segundo aos padrões estabelecidos pelo MS para parto humanizado, foi realizada pesquisa quantitativa através de um estudo descritivo realizado em dois hospitais na cidade de Santos(SP). Uma maternidade pública e uma privada. O procedimento de pesquisa de campo utilizado foi a semana típica no mês de janeiro 2006, os instrumentos utilizados foram um questionário que foi aplicado as puérperas e um roteiro para retirada de informações dos prontuários e observação dos partos no hospital.

Conforme se mostrou neste estudo as práticas no parto vem sofrendo interferências. Embora os conhecimentos e as técnicas criadas pela obstetrícia e a ginecologia tenham contribuído para a melhoria das condições físicas das mulheres, não pode ser vista somente a partir do desenvolvimento ou do progresso da ciência e da medicina, mas a partir da natureza das relações que se estabelecem entre aqueles que produzem o saber e aqueles que são alvo ou objeto de tal conhecimento. (MARTINS, 2004)

Se por um lado ocorre resistência profissional e institucional às mudanças de atitudes e práticas requeridas pela abordagem humanizada. "Por outro, há a evidencia científica acumulada no exaustivo processo de revisão da pratica obstétrica, que de acordo com os parâmetros que são hoje considerados o "padrão

ouro” da ciência , rigorosamente nenhum procedimento de rotina justifica-se no parto normal, o que se aplicaria à cerca de 90 a 95% dos partos”.(BOARETTO, 2003,p.19)

Ao subdividir os itens em 4 grupos: admissão, pré-parto, parto e recém-nascido e avaliados de acordo com as respostas esperadas, para considerar humanizada pelo MS. (anexo 3), alguns itens merecem destaques.

No grupo Admissão cinco itens foram analisados. Nesses destaca-se o item oportunidade em relação a escolha de quem realizaria o parto, no hospital público onde nenhuma parturiente relatou que pode escolher quem iria fazer o seu parto. No hospital privado a maioria pode fazer esta escolha. Isso ocorre no hospital público devido a característica destes hospitais de utilização de apenas plantonistas. Quem faz o pré-natal nas policlínicas não será o médico que assistirá ao parto. No hospital privado, mesmo ocorrendo também regime de plantão dos obstetras, é permitido aos médicos credenciados naquele hospital internarem suas clientes e serem os responsáveis pelo trabalho de parto e parto.

Outro item com relevância é o uso rotineiro de tricotomia, apesar de não recomendado pelo MS, foi caracterizado em ambos hospitais altos índices de tricotomia. Surpresa ocorreu no item onde o procedimento enema não foi realizado em mais de 75% no hospital publico e em nenhum do privado.

Em estudos feitos por Alves e Silva (2000) referem que a tricotomia foi considerada procedimento de rotina, onde ocorreu 31,8% das gestante na internação fizeram e 43,5% realizaram na própria casa. Em relação ao uso do enema, nesse mesmo estudo apenas 47,3% não realizaram.

Na análise final dos itens neste grupo o hospital privado obteve desempenho satisfatório em contrapartida o público teve regular.



No grupo trabalho de parto 16 itens foram analisados. Ocorreu o apoio dado a parturiente como fornecimentos das informações e apoio emocional neste período, a não administração na maioria das gestantes de ocitocina e fazer menos que 6 toques vaginais durante o trabalho de parto em ambos os hospitais. Questiono que em 53,33% das gestantes que internaram no hospital privado naquela semana pesquisada relatam que não foram examinadas por via vaginal (toque vaginal) nenhuma vez, sugerindo que metade das gestantes foram admitidas sem estarem em trabalho de parto.

A falta de oferta de líquidos, não utilização de métodos para alívio da dor, o não estímulo na posição não supina e a falta do uso do partograma, talvez se deva ao alto índice de parto cesárea que ocorreu no hospital privado, estando por vezes sem trabalho de parto e internando apenas para cesárea eletiva. No hospital público não ocorreu esta realidade apenas no partograma onde um caso (3,03%) ocorreu este registro. O uso do partograma ou similar estava presente em 39,1% dos prontuários em pesquisa feita por Alves e Silva (2000) onde observa a baixa frequência também neste estudo.

No item respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto, em 3,03% (n=1) dos partos, as gestantes no hospital público tiveram a oportunidade de escolher. Não foi permitida a presença de acompanhantes da escolha da parturiente em 96,96% tanto no trabalho de parto quanto no parto no hospital público, apesar da lei que permite a presença de acompanhantes desde 2005 (anexo 5). Em situação inversa ocorreu no hospital privado, 86,66% (n=13) puderam ter acompanhantes de sua escolha.

No item infusão intravenosa com 27,27%(n=9) no hospital público, que não fizeram punção venosa com baixo desempenho para humanização. Esse índice alto de punção venosa com mais de 72% deve-se a baixa oferta de líquidos via oral relatado na tabela 3. Em contra partida 60%(n= 9) que não fizeram no hospital privado, isso ocorreu pois foi puncionado no Centro cirúrgico na hora do parto cesariana. Caparroz (2003) demonstra que a deambulação é mais eficaz que o uso do soro com ocitocina, além de melhorar a tolerância a dor.

Na análise final deste grupo ficou o hospital público com insatisfatório na análise das práticas consideradas humanizadas e regular no hospital privado.

No grupo parto como foi observado tanto parto normal como parto cesariana e ocorre diferença em alguns procedimentos nesses tipos de partos, então será subdividido em parto normal e parto cesariana.

No subgrupo parto cesariana foi analisando 9 itens. Destes foram considerados satisfatórios em ambos hospitais 4 itens: respeito a privacidade no local do parto, uso de luva para manuseio da placenta, uso de material descartável e corte do cordão de maneira estéril.

No item respeito ao direito da mulher sobre acompanhantes durante o parto no hospital público este item não foi permitido a nenhuma gestante (n=0) contrapondo ao hospital privado 85,71%(n=12) tiveram este direito. Como já relatamos na análise do trabalho de parto, este direito esta sendo negado no hospital público e existe lei para esse procedimento.(anexo 5).

De acordo com Alves e Silva (2000,p.62) “a presença de um acompanhante de sua confiança é capaz de mudar até mesmo a evolução do parto”. Mas, é importante ressaltar que a planta física desse hospital público prejudica esse tipo de situação devido ao pré-parto e parto ser comum a todas as outras parturientes. No hospital privado em questão, caso esteja em trabalho de parto será monitorizada no próprio quarto e no momento do parto , a parturiente é encaminhada para centro obstétrico.

No item tipo de parto realizado, apesar do parto cesariana no hospital público ter ocorrido em 30,3%(n=10)., de acordo com MS a quantidade de parto cesariana não deveria ultrapassar 30%.No hospital privado ocorreu 93,33% (n=14) dos partos foram cesariana e apenas 6,66%(n=1) parto normal, caracterizando assim um baixo parâmetro de humanização.

Em Moraes (2005) concluiu que a demora no processo de desenvolvimento do parto foi relatado como condição para eleger a cesárea por 58,7% dos obstetras, assim como a questão da incerteza-insegurança na condução de um parto normal até o final é fator preponderante na opção pela cesárea e alguns obstetras referiram indicar cesárea por falta de enfermeiras obstétricas acompanhando o parto, apesar disso, em sua maioria, acreditam que a enfermeira obstétrica deva acompanhar o trabalho de parto, mas não assistir o parto.

Na análise final desse subgrupo parto cesariana os dois hospitais obtiveram regular no desempenho em relação a humanização.

Em relação ao subgrupo parto normal foi observado apenas os partos normais ocorridos no hospital público, devido a ocorrência de apenas um parto normal na semana pesquisada no hospital privado. Só por esse motivo existe uma grande diferença entre o hospital público e privado. Isso ocorre, pois em 1998

através de várias ações governamentais incluindo limites percentuais para pagamento de um percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos de cada hospital realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem ocorrendo um decréscimo deste procedimento na população que procura o SUS para realizar o parto.

Dos 19 itens pesquisados no parto normal a metade, oito, apresenta índice satisfatório para as práticas humanizadas.

Acompanhando uma tendência do parto cesariana a preocupação com a contaminação foi destaque. O corte do cordão em condições estéreis e o uso de luva no manuseio da placenta tiveram desempenho satisfatório (100%). A não realização de lavagem uterina em nenhum dos partos também merece relato. Como pontos a serem analisados por esta maternidade o uso da posição litotômica (60,86%) e a posição ginecológica (30,43%), ocorrida nos partos feitos no leito, deveriam ser questionados.

Em Caparroz (2003) refere que no pensar de alguns obstetras, o parto é reduzido a meramente retirada de um objeto vivo (feto) de dentro de um tubo (útero) por meio de outro tubo (canal vaginal).

A posição influencia no ato de fazer episiotomia, em estudo feito por Pacionick (1992) concluiu 50% das nulíparas na posição deitada foi necessário fazer a episiotomia contra 9% da posição de cócoras. Confirmando o ocorrido nesta pesquisa onde mais de 73% fizeram episiotomia, acompanhado de esforço de puxo prolongado e dirigido em mais de 91% sendo considerado os dois itens insatisfatório. No uso de episiotomia não foi feito em apenas 26,08% (n=6) onde segundo Rehuna (2006) deveria ocorrer em menos de 20% e ocorreu em 73,91% nesta maternidade.

Na posição onde ficaram deitadas com as pernas afastadas sem o apoio das pernas 30,43% (n=7) ocorreram devido ao parto ter findado no leito, demonstrando falta de monitoramento do trabalho de parto.

Apesar dos itens desfavoráveis obteve regular no desempenho em relação a humanização no subgrupo parto normal

No desempenho do grupo recém-nascido foram analisados oito itens, onde quatro foram considerados satisfatórios: Contato cutâneo precoce entre mãe e filho, presença de alojamento conjunto, administração da vitamina K e o uso de nitrato de prata. Esses índices foram confirmados por Alves e Silva (2000) com 98,6% para o uso de vitamina K e 96% da profilaxia de oftalmia gonocócica, mas apenas 74,5% tiveram contato visual com o bebê na sala de parto.

O controle da hipotermia fetal e aspiração nasofaríngea de rotina obtiveram regular desempenho devendo ser revisto por ambos hospitais.

O item que obteve menor percentual de humanização em relação a assistência do recém-nascido foi o apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, 15,15%(n=5) no hospital público e 13,33%(n=2) no hospital privado. Este percentual chama atenção, pois o hospital público possui o título de "Hospital Amigo da Criança" (anexo 4) desde 1996 no qual esta certificação relata a necessidade de ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto. A alegação foi medo da queda do RN devido a permanência da puérpera, no mínimo de uma hora após o parto, no pré parto em uma maca sem grade.

Alves e Silva (2000) também obtiveram baixos percentuais na amamentação na primeira hora. Concluindo que elevado índice de cesarianas que ocorreu naquele estudo e a permanência por 24 horas no berçário dos RN como ponto influenciador.

O item supressão da lactação em mães portadoras HIV positivo apenas um caso ocorreu de gestante HIV positiva no hospital público, onde foi feito todos os cuidados necessários com a medicação da gestante e do RN e feita a supressão do aleitamento materno.

Na análise final do grupo recém-nascido ambos hospitais tiveram regular desempenho para as práticas humanizadas.

Apesar do hospital público ter ficado com a maioria dos grupos em regular e um insuficiente e o hospital privado ficar entre os parâmetros regular e um satisfatório é importante salientar o alto índice de cesariana do hospital privado.

Em relação ao hospital público, a baixa humanização pesquisada neste estudo só veio a reforçar pesquisa ocorrido neste mesmo hospital por Monteiro(2001, p.102) onde relata "Foi possível verificar que a humanização da assistência ao parto não foi uma realidade na maternidade pesquisada."

A distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde.(DINIZ, 2005)

## 6.CONCLUSÕES

Com base nos resultados do presente estudo conclui que:

- No grupo admissão em relação às práticas na humanização do parto teve o desempenho regular para o hospital publico e satisfatório para o hospital privado.
- No grupo trabalho de parto em relação as práticas na humanização do parto teve o desempenho regular para o hospital privado e insatisfatória no hospital publico.
- No subgrupo parto cesariana em relação as práticas na humanização do parto teve o desempenho regular para ambos hospitais.
- No subgrupo parto normal em relação as práticas na humanização do parto teve o desempenho regular para o hospital publico.
- O grupo recém-nascido em relação as práticas na humanização do parto teve o desempenho regular para os dois hospitais.
- Não existe diferenças nas práticas feitas no hospital público e privado em relação ao parto cesariana e para o recém-nascido.
- Hospital privado teve melhor desempenho que o hospital público na admissão e no trabalho de parto.
- .Não foi possível analisar o parto normal no hospital privado, pois ocorreu apenas um parto normal na semana pesquisada, demonstrando altos índices de parto operatório nesta instituição.
- Apesar do hospital público ser considerado “ Hospital Amigo da Criança “ não ocorreu aleitamento na primeira hora pois parto.

## 7-REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

ALVES, Maria Teresa Seabra S. B.; SILVA, Antonio Augusto Moura .(org) **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência ao parto e ao recém-nascido no sistema único de saúde** .São Luis:UFMA:Unicef,2000 104p

AMORIM, Maria Helena Costa. **Princípios de humanização a parturiente no Período de dilatação conhecimento e aplicação por enfermeiros**. 1987. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica). Escola Paulista de Medicina.

BENZECRY, Roberto et al. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Revinter. Rio de Janeiro, 2000. 913 p

BOARETTO, Maria Cristina. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. 139p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro

BRASIL, Lei no-11.108, de 7 de abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm) Acesso 7 de nov. 2006

BRASIL Ministério da Saúde **Anvisa: casas de parto investem na valorização da mulher**. Brasília, DF, 2004 a

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. b 82 p. ilus.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte**. 2ed., 1ª reim. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. a 119p

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas\*. Área Técnica de Saúde da Mulher: **síntese das diretrizes para política de atenção integral à saúde da mulher 2004 a 2007: resumo das atividades realizadas em 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. b 12 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto , aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1ed., 1ª reim. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 199p

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. trad Ana Thorell, 6ed Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.



CAPARROZ,Sueli Castilho.**O resgate do parto normal:contribuições de uma tecnologia apropriada.**Joinville,SC: Ed.Univille,2003,103p

COHN,Amélia;ELIAS,Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil políticas e organizações e serviços.**2ed.São Paulo:Cortez:CEDEC,1998.p.92

CUCHI,Juliana.Assistencia fisioterápica ao parto de cócoras.**Revista fisio&terapia** anoVI,n29 out nov 2001 p28-30

DESLANDES,Suely Ferreira.A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.**Ciencia &Saúde Coletiva**, ABRASCO,Rio de Janeiro,v.10,n.3,p.615-25,jul /set .2005

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, 2005.Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000300019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300019&lng=pt&nrm=iso)>.Acesso em: 12 Nov 2006. doi: 10.1590/S1413-81232005000300019

DU GAS, Beverly Witter. **Enfermagem prática.** 3ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1978, 526p

FEBRASGO Ministério da Saúde e FEBRASGO juntos na Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal- **JORNAL DA FEBRASGO** - ANO 12 Nº 2 Mar ,2005 . 7p

FORTES,Hugo;PACHECO,Genésio.**Dicionário Médico.**Rio de Janeiro.Editor Fabio M. de Mello.1968.1139p

GÓLDMAN, R.E; BARROS,S.M.O. Análise da assistência ao trabalho de parto e parto realizado por enfermeiras obstetras. **Acta Paul.Enf.**,São Paulo, v.11, n.1, p.21-29,1998.

HOTIMSKY,Sonia Nussenzweig.**Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: Abordagem Antropológica.**2001.305p. Dissertação(Mestrado em Saúde Pública)Faculdade de Saúde Pública.São Paulo

LEAL,Maria do Carmo; VIACAVA, Francisco. Maternidades do Brasil. **Radis comunicação em saúde** set n.2 ,p.8-26,2002.

LIPPI,Umberto Gazi.Humanização,tipo e local do parto.**Jornal Sogesp.** p.6-7, mar. 2002

MARTINS,Ana Paula Vosne.**Visão do Feminino a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.**Rio de Janeiro.Ed.Fiocruz,2004.288p

MARTINS, Costa SH, RAMOS, JGL, BRIETZKE, E. **Assistência ao Trabalho de Parto**. *Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia Encontrado em [www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/093.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/093.pdf) 21/10/06.*

MONTEIRO, Gisela Vasconcellos. **Reflexão sobre o parto no ano 2000: Um estudo sobre uma política de humanização do parto em um serviço público de maternidade**. 2001. 229p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo

MORAES, Sandra D.T. de Araújo. **Decisão médica e tipo de parto: relação entre discurso e prática**. 2005. 147p. Dissertação (Doutor em Medicina) Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira". São Paulo

MORAIS, Edson Nunes; MAUAD, Francisco Filho. **Medicina Materna e Perinatal**. Rio de Janeiro. Revinter, 2000. 554p

NAGAHAMA, Elisabeth E. Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, ABRASCO, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.651-56, jul /set. 2005

NEME, Bussamara. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo. SARVIER, 2000. p.1362

OLIVEIRA, Ma- Amélia de C. **As políticas Sociais e de Saúde no Brasil: uma abordagem Histórica**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, V26, n1, p95-1004, mar, 1992

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996. 54p

PACIONICK, M. Análise de 11.100 casos de parto de cócoras. In: SABATINO, H. et al. **Parto humanizado**.: formas alternativas. Campinas: Editora da Unicamp, 1992.

PEREIRA, Adriana L. de Figueiredo. **O parto assistido pela enfermeira na política de humanização ao parto e nascimento**. 2001. 251p. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde) Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PRIORE, D.M. **Ao sul do corpo, condição feminina e maturidade e mentalidade no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro, Jose Olympio, 1993

RATTNER, Daphne. **Subsídios para avaliação da qualidade do processo de assistência ao parto**. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RATTNER, Daphne. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1996000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1996000600004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Maio 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0102-311X1996000600004

RATTNER,Daphne;TRENCH,Belkis.**Humanizando nascimentos e partos.**São Paulo. Ed Senac,2005

REHUNA.**Rede pela humanização do Parto e Nascimento 1993- 2004.** Disponível em: <http://www.rehuna.org.br> .Acesso em 22 abril de 2006

REZENDE, Jorge de;MONTENEGRO,Carlos Antonio Barbosa.**Obstetrícia Fundamental.** 8ed..Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1995

ROTHER,Edna Terezinha;BRAGA,Maria Elisa Rangel.**Como elaborar uma tese:Estrutura e referencia.**São Paulo,2001

SEPULVEDA,M. A. Carrillo,A casa de parto de Sapopemba.[São Paulo-SP,1998]disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sapopemba.htm>. Acesso em :13/01/2003

SERRUYA,Suzanne Jacob;LAGO,Tânia Di Giácomo ;CECATTI,José Guilherme.O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de humanização do Pré-Natal e Nascimento.**Rev.Bras. Saúde Mater.** Infant.v.4n.3Recife jul/set.2004

SILVA, Waldine Viana da.**A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistemcia pré-natal.** São Paulo. Manole,2002

SIMÕES, Sonia Mara Faria;SOUZA,Ivis Emilia de Oliveira.Vivência de parturientes:Observação de enfermagem.**Rev. Bras.Enfermagem.**v.50,n.4.p.507-16.out / dez ,1997

## Anexo 1-Questionário

### A- Dados de identificação

- 1.Questionário no-\_\_\_\_\_
- 2.Hospital\_\_\_\_\_
- 3-Nome :\_\_\_\_\_

### B-Admissão

- 1-Você escolheu o hospital em que desejava ter o parto?  
[1]sim [2] não [3]não sei [4]não me recordo
- 2-Você escolheu o medico para o seu parto?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4] não me recordo
- 3-Foi submetida à introdução de um liquido através da região anal?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 4-Teve os pelos perto da vagina raspado?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 5-No hospital foi submetida ao exame de raio X?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo

### C-Trabalho de parto e parto

- 6- Ao internar as informações e explicações que você necessitou lhe foram fornecidas  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 7- Durante o trabalho de parto você teve a presença de algum profissional para apóia-la?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 8-Foi lhe dado a oportunidade de ter a companhia de uma pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 9- Teve acesso a líquidos por via oral durante o trabalho de parto?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 10-Foi oferecido alguma técnica de relaxamento ou massagem durante o trabalho de parto?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 11-Depois que você foi internada algum profissional escutou o coração do bebe até que ocorresse o parto?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 12- Você foi medicada para dor durante o trabalho de parto?  
[1]sim [2]não [3] não sei [4] não me recordo
- 13-Depois que você foi internada algum profissional colocou a mão no fundo da sua barriga para verificar as suas contrações?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo
- 14-Depois que você foi internada quantas vezes foi submetida a toque vaginal ?  
[1] vez [2] vezes [3]vezes [4] vezes  
[5]vezes [6] ou mais vezes [7]não sei [8]não me recordo  
[9]nenhuma vez
- 15-Você pode se movimentar e mudar de posição durante o trabalho de parto?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4] não me recordo
- 16-Você foi orientada a ficar na posição deitada (supina) durante o trabalho de parto?  
[1]sim [2]não [3]não sei [4] não me recordo
- 17-Você foi estimulada a ficar na posição não deitada(não supina)durante o trabalho de parto?  
[1]sim [2]não [3] não sei [4] não me recordo

18-Foi colocado soro em você durante o trabalho de parto?

[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo

19-Qual o tipo de parto que foi submetida?

[1]parto normal [2] parto fórceps [3] parto cesaria  
[4] não sei [5]não me recordo

20-No local do parto teve respeitado a sua intimidade?

[1]sim [2] não [3]não sei [4]não me recordo

21-Qual dessas posições você foi colocada na hora do parto?

[1] deitada de costa com as pernas apoiadas na perneira da mesa  
[2] deitada de costa com a cama um pouco inclinada para frente  
com a perna apoiada na perneira da mesa  
[3] deitada de costa com as pernas dobradas e afastadas sem o apoio  
das perneiras  
[4] não sei  
[5]não me recordo  
[6]não se aplica  
[7]outra posição \_\_\_\_\_

22-Foi lhe dado a oportunidade de ter a companhia de uma pessoa de sua escolha durante o parto?

[1]sim [2]não [3]não sei [4] não me recordo

23-Você foi medicada para dor durante o parto?

[1]sim [2]não [3] não sei [4]não me recordo

24-Alguém apertou o fundo de sua barriga durante o parto?

[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo

25-Durante a fase de saída do bebe você foi orientada a fazer “força de coco” ?

[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo [5]não se aplica

26-Você foi submetida a corte próximo a vagina durante o parto?

[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo [5] não se aplica

27-Você foi submetida a toque por trás após o termino do parto?

[1]sim [2]não [3]não sei [4] não me recordo

28-Você tomou algum medicamento oral ou injetável após o parto?

[1]sim [2]não [3]não sei [4]não me recordo

#### **D-Recém nascido**

29-Você teve contato direto com o bebe na sala de parto?

[1]sim [2]não [3]porque? \_\_\_\_\_  
[4]não me recordo

30- O ar-condicionado da sala de parto ficou ligado durante a permanência do bebe?

[1]sim [2]não [3]não sei [4]não se aplica

31- O RN ficou com você no quarto?

[1]sim [2]não [3] não se aplica [4]não me recordo

32- Você teve apoio de algum profissional para iniciar a amamentação na primeira hora após o parto?

[1]sim [2]não [3] não sei [4] não me recordo [5]não se aplica

## Anexo2 \_Roteiro para retirada de informações do hospital

1.Questionário no-\_\_\_\_\_

2.Hospital\_\_\_\_\_

3-Nome :\_\_\_\_\_

4-data\_\_\_\_\_

5-Verificar o uso de matérias descartáveis durante o parto.Se não utilizado materiais descartáveis verificar os procedimentos para a descontaminação e a esterilização do material

6-Verificar se é usado luva para o manuseio da placenta

7-Verificar se é usado luva no exame vaginal durante o parto

8-Verificar se foi realizado prevenção de hipotermia no RN

9-Verificar a justificativa para o uso de ocitocina após o parto

10-Verificar se foi feito corte do cordão umbilical em condições estéreis

11- Verificar se foi feito exames rotineiros da placenta e membranas ovulares

12-Verificar se foi feito lavagem uterina após o parto

13-Verificar se foi feito curagem após o parto

14- Verificar se há rotina para aplicação de vitamina K nos recém nascidos

15-Verificar se há rotina para a instilação nitrato de prata ou tetraciclina nos olhos e na vagina do RN na primeira hora de vida

16-Verificar se há rotina de aspiração nasofaringea no recém nascido normal

17-Verificar se é feito massagem e a distensão no períneo no segundo tempo do trabalho de parto

18-Verificar se é realizado a tração controlada do cordão , uso de ocitocina ou a combinação destes dois procedimentos durante a dequitação

19-Nos RN de mães HIV + verificar se é feita a supressão da lactação

20-Verificar se há rotina para uso de ergometrina após o parto

21-Verificar se é feito o uso de partograma

22-Verificar o uso de ocitocina durante o trabalho de parto foi realizado de modo permitir o controle de seus efeitos

23-Verificar se houve procedimentos de risco durante o trabalho de parto

24-Verificar se houve procedimento para monitorar o bem estar físico e emocional na mulher durante o trabalho de parto

## **Anexo 3 Práticas no parto normal, modificadas pelas novas evidências científicas atualmente disponíveis baseadas OMS ,1996**

A classificação tomada como base foi a desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o Parto Normal que OMS convocou no ano de 1996, e modificada pelas novas evidências científicas atualmente disponíveis. Esta classificação divide as práticas no parto normal em 4 categorias, a saber:

### **1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas**

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

### **2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

- 2.1- Uso rotineiro do enema.
- 2.2- Uso rotineiro da tricotomia.
- 2.3- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
- 2.4- Cateterização venosa profilática de rotina.
- 2.5- Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
- 2.6- Exame retal.
- 2.7- Uso de pelvimetria por raio x.
- 2.8- Administração de ocitócitos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
- 2.9- Uso rotineiro da posição de litotomia.
- 2.10- Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.

- 2.11- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- 2.12- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
- 2.13- Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
- 2.14- Lavagem uterina rotineira após o parto.
- 2.15- Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
- 2.16- Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
- 2.17- Toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador.
- 2.18- Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
- 2.19- Prática liberal de cesariana.
- 2.20- Aspiração nasofaríngea de rotina em recém – nascidos normais.
- 2.21- Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento

**3. Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão**

- 3.1- Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
- 3.2- Pressão no fundo de uterino durante o período expulsivo.
- 3.3- Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do pólo cefálico no momento do parto.
- 3.4- Manipulação ativa do feto no momento do parto.
- 3.5- Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- 3.6- Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

**4.Práticas no parto normal freqüentemente utilizadas de modo inadequado**

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



## Anexo 4- Hospital Amigo da Criança

A IHAC soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde para:

- informar profissionais de saúde e o público em geral;
- trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando;
- apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno;
- combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras.

### Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar as mães 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.

### Passos para ser Amigo da Criança

- 1 - Auto-avaliação das práticas adotadas em relação ao aleitamento materno, adotando como roteiro o questionário de auto-avaliação, fornecido pelo Ministério da Saúde;
- 2 - O questionário, preenchido pela direção ou chefias do serviço do hospital, deve ser enviado ao Programa de Saúde da Criança com cópia para as secretarias de saúde dos estados;
- 3 - Uma equipe treinada pelo Programa de Saúde da Criança realiza pré-avaliação no estabelecimento e entrega o certificado de compromisso. Neste documento, o hospital é orientado a solucionar as dificuldades existentes na adoção dos Dez Passos e estabelece o prazo para cumprir esta meta;
- 4 - Solucionadas as dificuldades, o hospital solicita ao Programa de Saúde da Criança a vista de uma equipe para a avaliação global;
- 5 - Se for indicado ao credenciamento, o hospital receberá, em solenidade oficial, uma placa que o identificará como Amigo da Criança;
- 6 - Informações detalhadas poderão ser obtidas junto ao Programa de Saúde da Criança (telefone: 61 2260196).

### Amamentação garante saúde ao bebê e à mãe

Bebês que são amamentados ficam menos doentes e são mais bem nutridos do que aqueles que ingerem outro tipo de alimento. Se todos os bebês fossem exclusivamente amamentados durante os seis primeiros meses de vida, aproximadamente 1,3 milhão de crianças teriam sua vida salva a cada ano, enquanto a saúde e o desenvolvimento de outros milhares apresentariam significativa melhora.

Utilizar substitutos do leite materno, como fórmulas infantis ou leite de outros animais, pode ser um grande risco para a saúde do bebê. Isso ocorre principalmente quando os pais não podem comprar os substitutos na quantidade necessária ou quando a água que utilizam para preparar o alimento não é limpa o suficiente.

Quase todas as mães conseguem amamentar com sucesso. Aquelas que não possuem confiança para amamentar precisam do estímulo e do apoio prático do pai da criança, bem como da família e dos amigos. Agentes de saúde, organizações femininas, a mídia e os empregadores também podem oferecer o seu apoio.

Todos devem ter acesso às informações sobre os benefícios do aleitamento materno. É obrigação de cada governo fazer com que as pessoas tenham acesso a essas informações.

**Anexo 5- LEI no- 11.108**

**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

[Mensagem de veto](#)

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.

**O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no exercício do cargo de **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.**

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

**"CAPÍTULO VII**  
**DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O**  
**TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO**

**Art. 19-J.** Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

**§ 1º** O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

**§ 2º** As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. **(VETADO)**"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
*Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto*  
*Humberto Sérgio Costa Lima*

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 8.4.2005.**