

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUANA XIMENES DE AGUIAR

O CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Ceilândia/DF

2015

LUANA XIMENES DE AGUIAR

O CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ms Juliana Machado
Schardosim.

Ceilândia/DF

2015

Aguiar, Luana Ximenes de

O Conhecimento de Puérperas de Ceilândia Acerca da Humanização do Parto / Luana Ximenes de Aguiar; orientadora Juliana Machado Schardosim. -- Brasília, 2015. 31 p.

Trabalho de Conclusão de Curso. Artigo (Graduação em Enfermagem) - Universidade de Brasília, 2015.

1. Parto Humanizado. 2. Educação em Saúde. 3. Conhecimento.

AGUIAR, Luana Ximenes de, O Conhecimento de Puérperas Acerca da Humanização do Parto.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Profª Ms. Juliana Machado Schardosim
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Profª Drª. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Enfermeira Residente Geovana da Silva Morais
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas bênçãos concedidas, pela força e sabedoria.

A minha orientadora Prof^ª Ms Juliana Machado Schardosim, pela disponibilidade, apoio, confiança e conhecimento partilhado.

Ao meu pai pelos ensinamentos deixados e minha mãe que é minha fonte de inspiração, exemplo de determinação e força.

Ao meu namorado pelo companheirismo e incentivo.

A minha família que me acolheu nesta caminhada.

Aos meus amigos pela união e carinho.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente na minha formação, o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

Artigo: O CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO	5
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS	25
ANEXO B – Instruções aos Autores para Submissão a Revista Investigación y Educación en Enfermería	27

O CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

EL CONOCIMIENTO DE PUERPERÁS SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO

THE MOTHER'S KNOWLEDGE ABOUT BIRTH HUMANIZATION

Luana Ximenes de Aguiar¹

Juliana Machado Schardosim²

RESUMO

Objetivo. Investigar o conhecimento das puérperas, usuárias de serviço público de saúde no Distrito Federal, sobre a humanização do parto e nascimento, identificando nos discursos da amostra atributos relacionados ao tema. **Metodologia.** Estudo qualitativo de caráter descritivo realizado no centro obstétrico de um hospital público do Distrito Federal (Brasil), nos meses de abril e maio de 2015. Participaram da pesquisa 15 puérperas e a coleta de dados ocorreu com base em entrevista semiestruturada. A análise de dados seguiu o método proposto por Minayo em três fases. **Resultados.** Evidenciou-se que o parto humanizado está associado às práticas dos profissionais de saúde. As puérperas referiram esperar atitudes envolvendo carinho, respeito e atenção num ambiente de parto humanizado. Um profissional humanizado seria aquele que demonstra preocupação com a parturiente, não somente a permissão do acompanhante de livre escolha da gestante. A presença do acompanhante foi destacada pela amostra estudada no que tange ao auxílio, apoio emocional e segurança. Sobre orientações recebidas no pré-natal acerca da humanização do parto, percebeu-se que a

1 Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. E-mail: luana_939@hotmail.com

2 Doutoranda do PPGSC/UnB. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. E-mail: julianamachado@unb.br.

equipe de saúde não utilizou plenamente seu papel de propagador de conhecimentos. **Conclusão.** Os profissionais de saúde são os principais promotores de uma assistência qualificada e humana no atendimento ao parto, devendo compartilhar as informações às gestantes desde o pré-natal a fim de empoderar as mulheres no momento de seu parto.

Descritores: Parto Humanizado; Autonomia Pessoal; Educação em Saúde; Conhecimento; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo. Investigar el conocimiento del puerperio, en las usuarias del servicio público de salud en el Distrito Federal, sobre la humanización del parto y nacimiento, identificando en los discursos de la muestra atributos relacionados al tema.

Metodología. Estudio cualitativo de carácter descriptivo realizado en el centro obstétrico de un hospital público del Distrito Federal (Brasil), en los meses de Abril y Mayo del 2015. Participaron de la investigación 15 puérperas y la colecta de datos ocurrió con base en una entrevista semiestructurada. El análisis de datos siguió el método propuesto por Minayo en tres fases. **Resultados.** Se evidencio que el parto humanizado esta asociado a las practicas de los profesionales de la salud. Las puérperas manifestaron esperar actitudes envolviendo cariño, respeto y atención en un ambiente de parto humanizado. Un profesional humanizado seria aquel que demuestra preocupación por la parturienta, no solamente permitiendo la elección libre del acompañante de la gestante. La presencia del acompañante fue destacada por la muestra estudiada en respecto al auxilio, apoyo emocional y seguridad. Sobre orientaciones recibidas em el

prenatal acerca de la humanización del parto, se percibió que el equipo de salud no utilizó plenamente su papel de propagador de conocimientos. **Conclusión.** Los profesionales de la salud son los principales promotores de una asistencia calificada y humana en el atendimento del parto, debiendo compartir las informaciones a las gestantes desde el prenatal con el fin de empoderar las mujeres en el momento de su parto.

Descriptores: Parto Humanizado; Autonomía Personal; Educación en Salud; Conocimiento; Enfermería Obstétrica.

ABSTRACT

Objective. Investigate the mother's knowledge in a public health service users in the Distrito Federal about the humanization of labor and birth identifying the sample discourse attributes related to the topic. **Methods.** Qualitative study of descriptive conducted at the obstetric center of a public hospital in the Distrito Federal (Brazil) in the months of April and May 2015. The participants were 15 mothers and data collection was based on semi-structured interview. The data analysis followed the method proposed by Minayo in three phases. **Results.** It was evident that the humanized birth is associated with the practices of health professionals. The women reported waiting attitudes involving affection, respect and attention in a humanized labor environment. A humanized professional would be one that shows concern for the mother, not only the permission of the companion of choice of the pregnant. The presence of the companion was highlighted by the study sample with respect to the aid, emotional support and security. On guidance received prenatal about the humanization

of childbirth, it was noticed that the health team not fully used its role as propagator of knowledge. **Conclusions.** Health professionals are the main drivers of a qualified and human assistance in delivery care and should share information to pregnant from prenatal to empower women at the time of his birth.

Descriptors: Humanizing Delivery; Personal Autonomy; Health Education; Knowledge; Obstetric Nursing.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as parteiras tradicionais eram as principais responsáveis pela assistência ao parto. Baseando-se nos conhecimentos empíricos, prestavam assistência de modo não intervencionista. Com o avanço da medicina as parteiras foram gradativamente substituídas por profissionais da saúde (médicos e enfermeiros)¹.

Com o propósito da redução das morbimortalidades materna e perinatal o parto passou a ser realizado no ambiente hospitalar, ocasionando a medicalização, intervenções, e favorecendo o distanciamento entre parturiente/bebê e família. O controle do processo passou a ser do profissional e não da mulher. Com o passar do tempo, os procedimentos invasivos passaram a ser rotineiros, desconsiderando a individualidade e a necessidade da mulher². Estas alterações na assistência ao parto e nascimento promoveram uma mudança cultural na população, emergindo sentimentos negativos relacionados ao parto vaginal.

Frente às modificações culturais no cenário do parto o Ministério da Saúde do Brasil (MS) identificou a necessidade de transformações, lançando algumas Políticas Públicas em prol da humanização a partir do final do século XX. Neste sentido, práticas

como contato pele a pele entre mãe e bebê no nascimento, alojamento conjunto, não uso de chupetas e mamadeiras passaram a ser incentivadas pelo MS³.

A política mais recente lançada para melhoria da atenção obstétrica foi a Rede Cegonha, que visa proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar na gestação, parto e pós-parto bem como o desenvolvimento saudável da criança até os dois anos de vida⁴.

A humanização é dever das unidades de saúde sendo exercida pelo acolhimento com dignidade e respeito a mulher, sua família e o recém-nascido por meio de atitude ética e diálogo em ambiente propício. A humanização prevê a adoção de medidas que beneficiem a saúde da mulher e recém-nascido, o que descarta práticas intervencionistas desnecessárias que não trazem vantagens, ou ainda, podem trazer riscos para ambos⁵.

O parto humanizado busca a criação de condições onde a mulher tenha autonomia, sendo atendida nas dimensões espiritual, psicológica, sociocultural e biológica, sempre dentro dos limites de segurança para o binômio mãe/filho^{6,7}.

O profissional de saúde, no contexto do parto humanizado, orienta e compartilha informações sobre a fisiologia da gestação e do parto com a família da gestante, toma decisões compartilhadas quando possível, visualiza a gravidez como expressão de saúde em um processo fisiológico, desmistificando a tendência ao uso de procedimentos invasivos desnecessariamente. O profissional torna-se um facilitador do processo natural do nascimento incentivando o parto vaginal, a presença de acompanhante, aleitamento materno e alojamento conjunto, caso seja desejo da parturiente^{8,9}.

Diante do exposto, objetivou-se investigar o conhecimento das puérperas, usuárias de serviço público de saúde no Distrito Federal, sobre a humanização do parto e nascimento, identificando nos discursos da amostra atributos relacionados ao tema.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritiva, realizada no Centro Obstétrico de um Hospital Público do Distrito Federal. A amostra final constituiu-se por 15 puérperas.

Foram incluídas no estudo puérperas que se encontravam nas primeiras 24 horas de puerpério como forma de minimizar o viés de memória, de qualquer idade, com mais de seis consultas de pré-natal constatadas no cartão da gestante. Optou-se por pré-natal completo como critério de inclusão presumindo este como momento importante para a prática educativa no que tange à assistência ao parto e nascimento de forma humanizada.

Foram excluídas as puérperas que foram submetidas à cesariana e partos vaginais com fórceps por se tratarem de intervenções frequentemente utilizadas como forma de salvar a vida da mãe e/ou do feto podendo esta tensão influenciar o resultado do estudo.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015, por meio de entrevista semiestruturada com questões abertas previamente redigidas e gravadas em áudio em local reservado no Centro Obstétrico, mantendo a privacidade dos sujeitos do estudo. A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória por meio de sorteio. A cada dia 6 puérperas eram sorteadas, sendo 3 para entrevista e 3 como substitutas em caso de

recusa. O convite para participação no estudo foi realizado no próprio leito. A análise do conteúdo seguiu a metodologia proposta por Minayo¹⁰ em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS), sendo aprovado sob protocolo número 979.363 conforme institui a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹¹. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus nomes foram substituídos por nomes de flores como forma de preservar a identidade.

RESULTADOS

Nesta seção inicialmente apresentar-se-á um perfil da amostra estudada e posteriormente as categorias de análise as quais os dados foram agrupados.

A amostra estudada apresentou variação etária de 22 a 33 anos, com média de 27 anos de idade. A maioria das puérperas possuía o ensino médio completo e, uma apenas possuía o ensino superior completo. Grande parte das puérperas era casada ou possuía união estável e muitas delas trabalhavam fora do lar, sendo de 2 a 3 salários mínimos a renda familiar mais frequente, considerando-se o salário mínimo atual de R\$ 788,00.

A grande maioria da amostra final era de multíparas, a média de idade gestacional foi de 39 semanas e apenas duas puérperas apresentaram morbidade na gestação, sendo diabetes gestacional, infecção do trato urinário e asma/bronquite crônica.

Sobre os aspectos relacionados ao trabalho de parto, a episiotomia foi realizada em oito entrevistadas. Das 15 puérperas, 12 entrevistadas receberam orientação sobre a

presença do acompanhante no trabalho de parto, sendo que oito delas efetivamente tiveram acompanhantes. Aquelas que não os tiveram, disseram que gostariam, exceto uma que afirmou ter recusado a presença do mesmo.

Em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor e estimulação do trabalho de parto, seis entrevistadas apenas afirmaram ter recebido orientações sobre hidroterapia, uso do cavalinho e massagem na região lombar. Nenhuma entrevistada se alimentou durante o trabalho de parto, sendo que dez delas afirmaram que foi por escolha própria. Sobre a deambulação, oito delas foram estimuladas a caminhar durante o trabalho de parto. A grande maioria não foi orientada a escolher a melhor posição no período expulsivo. Sobre o contato pele a pele com o bebê no momento do parto a maioria afirmou ter tido esta oportunidade. Quanto ao aleitamento materno, a maioria afirmou ter sido estimulada sobre esta prática ainda na sala de parto.

Após a análise das falas obtidas nas entrevistas elencou-se três categorias de análise:

O Parto Humanizado: características e práticas dos profissionais de saúde

Esta categoria buscou identificar as características do parto humanizado atribuídas pelas puérperas, bem como as práticas dos profissionais de saúde identificadas pelas mulheres como atitudes pró-humanização.

Observou-se que, para a amostra estudada, o conceito de parto humanizado está relacionado a uma assistência com afeto, carinho, atenção e respeito. Um profissional humanizado, nesta visão, seria aquele que demonstra preocupação com a parturiente, não somente a permissão do acompanhante de livre escolha da gestante conforme

preconiza a lei¹². Os relatos abaixo ilustram a visão das puérperas acerca do parto humanizado:

“É você dar atenção no que a mulher precisar, é ter alguém sempre perto não só o acompanhante, mas o atendimento ser com carinho e atenção” (Orquídea).

“Você poder ficar perto das pessoas que você gosta, que você confia, que podem te apoiar no momento mais difícil, é isso. No hospital é eles respeitarem e a gente poder ter um acompanhante, se você tem o direito” (Rosa).

Sobre as práticas dos profissionais de saúde observou-se que atitudes autoritárias relacionadas ao posicionamento da parturiente, falta de protagonismo da mulher no processo de trabalho de parto e submissão à equipe e à rotina hospitalar foram consideradas como não humanizadoras pela amostra estudada.

“(...)Não, humanizado acredito que não. Porque a gente chega senta, faz a posição que eles querem, entendeu. A gente não fica a vontade... a dor é forte e você não ter aquela posição mesmo pra amenizar a situação. Na verdade quando a gente chega no hospital, a gente faz o que eles querem, o que eles mandam né” (Tulipa).

Nota-se ainda nos relatos que um gesto simples como segurar a mão da parturiente foi reconhecido como uma forma da enfermeira demonstrar carinho e preocupação durante a assistência ao parto.

“A enfermeira pegou na minha mão e disse calma, eu achei bonito isso porque ela pegou na minha mão. Se fosse outro não estava nem aí [...]. Mas ela pegou na minha mão e tudo, eu gostei” (Margarida).

“Então, a atenção e comunicação é muito importante né, porque você tá colocando a sua vida nas mãos do médico, então tem que haver segurança, tem que haver comunicação e acho que muitos trabalham mais o técnico e esquecem que nós somos seres humanos, que nós temos medo, sentimentos, carências né. E alguns, não estou generalizando, trabalham seco na forma de tratar as pacientes. Eu não teria outro parto pela minha vontade” (Jasmim).

Outro aspecto relevante nas falas das puérperas foi a impressão de que no Hospital Público a assistência não é humanizada pois os pacientes não pagam pelo atendimento quando isto não é verdade pois a saúde pública é financiada por todos nós.

“[...]Hospital Público eles não dão tanto atendimento assim sabe, agora se fosse hospital particular é diferente porque ali estão sendo pagos, porque você está pagando, eles sabem que você tem dinheiro e eles atendem bem. Hospital público não, a saúde pública é péssima” (Orquídea).

O Acompanhante: informação da parturiente e importância de sua presença

Esta categoria objetivou resgatar o conhecimento das entrevistadas sobre a Lei do Acompanhante bem como detectar a relevância e influência deste durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Evidenciou-se que as entrevistadas associam a presença do acompanhante a sentimentos de força, amparo emocional e diminuição de solidão, atribuindo significado positivo a sua presença. O acompanhante, segundo elas, também tem função de conexão com pessoas importantes que estão fora da instituição, como outros filhos.

“A presença do acompanhante é muito boa, se ele não tivesse seria bem pior, tem que ter. Ele fazia massagem, me ajudava caminhar, me levantava, na hora do parto também dando torcida, apoio e isso faz muita diferença” (Hortência).

“Eu não tive acompanhante, mas se eu tivesse [...] seria mais fácil, porque a gente sentiria mais força e com alguém da família você não se sentiria tão só, não ia ficar tão nervosa e eu fiquei bastante nervosa. Se tivesse alguém que eu conhecesse, da família, seria melhor” (Azaleia).

“(...) minha mãe me ajudou muito, ela estava aqui comigo. Ela mandava eu colocar força, coisa que eu não tinha” (Bromélia).

Nota-se que mesmo com o esforço do MS em divulgar a Lei do Acompanhante¹², esta não é cumprida integralmente nos estabelecimentos de saúde, conforme exposto abaixo:

“Acho que seria muito necessário o acompanhante, por exemplo, o meu menino nasceu ontem e até agora eu estou sem saber informação de meu filho que tá lá em casa. Se tivesse alguém comigo eu poderia tá sabendo né. [...] Na caderneta tem a informação, mas chega aqui e não respeitam e acaba na mesma” (Camélia).

Educação em saúde e informações acerca da humanização do parto

Esta categoria buscou identificar atributos relacionados à educação em saúde acerca da humanização na assistência ao parto, no pré-natal.

As falas das puérperas entrevistadas acerca das orientações e informações recebidas revelam que a humanização ainda passa despercebida pelos profissionais de saúde, não sendo foco das atividades educativas e de orientação no pré-natal. Pode-se

inferir que o parto humanizado é ainda pouco difundido entre a população mais humilde.

O movimento pela humanização da atenção ao parto vem sendo veiculado na mídia nas últimas décadas, porém este tipo de parto está mais disponível e acessível às camadas da população que dispõe de recursos financeiros para contratar profissionais treinados. No Sistema Único de Saúde observa-se ainda conduta mais intervencionista no atendimento ao parto.

Nas entrevistas identificou-se que, para a amostra estudada, a única informação transmitida durante o pré-natal que se aproxima da humanização do parto é a Lei do Acompanhante, porém questões relacionadas ao parto humanizado não são trabalhadas no pré-natal, conforme observamos nos relatos abaixo:

“Não fui informada. As vezes, eu acho assim, que os profissionais poderiam falar, mas tem aquele receio de tumultuar, porque as vezes eles estão muito ocupados e a pessoa que está acompanhando pode tumultuar o trabalho deles” (Lavanda).

“Fui informada sobre a lei do acompanhante por uma enfermeira no pré-natal e tem até o cartaz ali na porta né que é lei e é garantido aqui no hospital, mas não é né. Eles não cumprem” (Rosa).

Observa-se, nos relatos, ausência de informações sobre as práticas humanizadoras em obstetrícia como métodos não farmacológicos para alívio da dor, protagonismo da mulher, contato pele a pele com o RN no momento do parto, participação da doula. Nota-se carência de informações sobre o parto humanizado que

estão em consonância com a primeira categoria de análise, em que se percebeu conceitos vagos sobre parto humanizado, sem informações consistentes.

DISCUSSÃO

Estudos sobre a institucionalização do parto comentam o impacto desta nas condutas de atendimento ao parto, conforme destacado na introdução^{13,14}. Questões relacionadas ao deslocamento do protagonismo da parturiente para o profissional, restrição de movimentação e escolha da posição de parto, além do distanciamento do binômio mãe-bebê foram identificadas na amostra estudada.

Os procedimentos rotineiros realizados com o recém-nascido são tão aceitos culturalmente que o contato pele a pele entre mãe e bebê não foi mencionado nas entrevistas como uma prática humanizadora. Socialmente a assistência ao neonato (banho, vacina, Credê, pesagem, entre outros) é reconhecida como essencial e um componente qualitativo do cuidado prestado.

O contato precoce entre mãe e filho proporciona sensações positivas para a mulher (psicológicas, biológicas e culturais), favorecendo o vínculo do binômio e início precoce da amamentação. Além disso, promove estabilização do bebê à vida extrauterina reduzindo incidência de hipotermia e dificuldade respiratória ao nascimento. Consiste em prática estimulada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança sendo de baixo custo e com impactantes benefícios a curto e longo prazos¹⁵.

O movimento pela humanização da atenção ao parto busca o resgate da autonomia e empoderamento do casal grávido e sua família para o enfrentamento do processo de parto como algo fisiológico pautado em conhecimentos⁹. Neste contexto,

originou-se a expressão parto humanizado que possui diferentes significados e características na literatura.

Estudo recente evidenciou que o significado do parto humanizado está pautado essencialmente na postura do profissional de saúde para com a parturiente. Um cuidado prestado envolvendo sentimentos de empatia, paciência, respeito, disponibilidade para escuta e delicadeza por parte do profissional. A humanização no trabalho de parto também envolveu a atenção do profissional para os sentimentos da parturiente, dentre eles: medo, anseios e queixas⁶.

Nota-se muita semelhança entre estes achados e os resultados apresentados na primeira categoria de análise em que um simples gesto de segurar a mão da parturiente foi reconhecido como uma prática humanizadora do trabalho de parto. Questões relacionadas a sentimentos de empatia também foram encontradas no discurso da amostra estudada.

Os profissionais de saúde devem respeitar e conhecer os direitos, limites, anseios e medos das gestantes de modo a prestar uma assistência humanizada. O profissional enfermeiro se destaca nesse cenário, tendo maior contato com a gestante. Para isso, o mesmo deve estar capacitado e consciente sobre a necessidade de resgatar os conceitos de protagonismo da mulher e valorização do parto como processo natural¹⁶.

O ato de tocar se faz importante, simbolizando uma quebra de barreira entre profissional e paciente, inicialmente considerado estranho. Este ato transmite sensações de carinho, alegria e motivação. Preconiza-se o uso de linguagem acessível e frases que

encorajem a parturiente¹⁶. O toque foi destacado pela amostra estudada como prática pró-humanização, corroborando achados já encontrados na literatura.

A presença do acompanhante se faz muito importante no parto humanizado. As mulheres relatam sentimento de solidão e medo de se comunicar com os profissionais, acarretando sentimentos negativos. A presença de alguém com vínculo afetivo prévio colabora para um trabalho de parto mais tranquilo e o bem estar se dá também pelo sentimento de ser amada e respeitada. O acompanhante participa ativamente do trabalho de parto e parto, auxiliando a equipe a prover suporte, apoio, confiança e carinho à parturiente^{17,18}.

A importância do acompanhante foi frequentemente destacada pelas participantes desta pesquisa. Os relatos vão ao encontro de outras publicações sobre o tema, caracterizando este como uma figura importante no controle emocional e enfrentamento do trabalho de parto. Sabe-se que o cumprimento da lei n.11.108/2005¹² representa um obstáculo ainda enfrentado pelas famílias, fato este também relatado pela amostra estudada.

A conexão entre paciente, equipe e a vida exterior também é mediada pelo acompanhante. Situações indesejáveis vivenciadas no trabalho de parto podem gerar sentimentos negativos com consequências no período puerperal, comprometendo a dedicação da mãe ao próprio filho, podendo ser refletido na criação do vínculo com o recém-nascido, no processo de cuidado e, sobretudo, na amamentação¹⁹.

Nos tempos atuais é possível observar despreparo e desconhecimento por parte das parturientes e família sobre a gestação, o parto e o puerpério. A orientação é um

dispositivo de cuidado utilizado como meio facilitador do processo de parturição. Em estudo realizado com profissionais de enfermagem observou-se que seus relatos sustentam o forte impacto das informações/orientações conduzidas no protagonismo da mulher durante o trabalho de parto. Devido à falha de orientação no pré-natal, a equipe presente no local do parto deve atender a essa demanda, orientando sobre: intensidade das contrações uterinas, momento adequado de fazer esforços expulsivos, respiração, incentivo à deambulação, exercícios facilitadores da progressão fetal, Lei do Acompanhante, entre outros¹⁴.

O enfermeiro tem papel fundamental em atividades educativas principalmente no pré-natal, conforme preconiza a Rede Cegonha. A educação em saúde proporciona participação ativa e troca de informações entre as gestantes. As gestantes se interessam em vivenciar esses momentos por serem oportunidade de esclarecimento de dúvidas sobre o período gravídico-puerperal²⁰.

A Organização Mundial de Saúde já preconizava em 1996⁸ condutas menos invasivas no acompanhamento do trabalho de parto. Ainda hoje muitas condutas não são instituídas, tais como: escolha de posição na expulsão fetal, alimentação e ingestão hídrica livres, o não uso de infusões parenterais de rotina, entre outros. Este achado também foi encontrado por este estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da pesquisa conclui-se que a maioria das participantes não sabia do que se trata o parto humanizado, porém muitas delas acabaram citando características/ atributos de um parto humanizado, pode-se até inferir que de forma

intuitiva. Identificou-se que o parto humanizado está ligado a condução do trabalho de parto de forma respeitosa, por meio do sentimento de empatia. As participantes do estudo ainda destacaram a importância do acompanhante no contexto da humanização na atenção obstétrica bem como atitudes simples como o toque do enfermeiro para com a gestante.

Acredita-se que a falta de conhecimento das puérperas seja devido a falta de informações e orientações no pré-natal. Recomenda-se, a partir deste resultado, que os profissionais de saúde atuantes em acompanhamento pré-natal intensifiquem suas atividades educativas, bem como espaço de diálogo nas consultas, favorecendo que o casal e família adquiram mais conhecimentos e tenham maior segurança na evolução do parto.

Salienta-se que o estudo qualitativo apresenta limitações por não utilizar uma amostra representativa da população, porém considera-se que a pesquisa contribuiu para a identificação de atributos relacionados ao parto humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Neto FRGX. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Rev enferm UFPE*. 2013; 7(5):1398-405.
2. Leister N, Riesco MLG. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1): 166-74.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Programa de Humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
6. Versiani CC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. Significado de parto humanizado para gestantes. J. res.: fundam. care. 2015; 7(1):1927-35.
7. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(3): 629-36.
8. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: guia prático. Genebra (SW): OMS; 1996.
9. Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
10. Minayo M. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

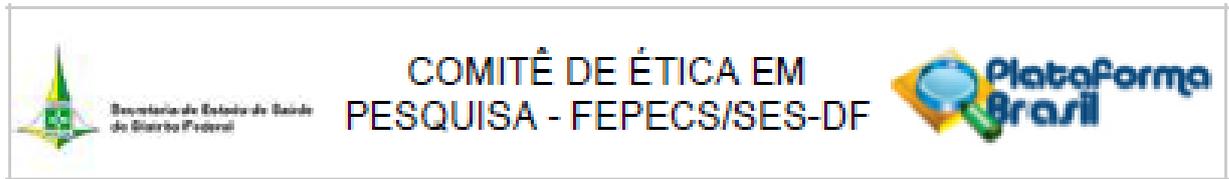
12. Brasil. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, 8 Abr 2005. Seção 1.
13. Wei CY, Gualda DMR, Junior HPOS. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4): 717-25.
14. Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *J. res.: fundam. care.* 2013; 5(4):743-54.
15. D' Artibale EF, Bercini LO. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(1): 109-17.
16. Monte AS, Rodrigues DP. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2013; 27(3): 265-76.
17. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(2):247-53.
18. Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3): 445-52.

19. Cunha ACB, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2012; 64(1): 139-155.

20. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC, Nunes IM. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. *Revista Cubana de Enfermería [Internet]*. 2014 [acesso em 22 de outubro de 2015]; 30(1). Disponível em:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>

ANEXO A - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS DE CEILÂNDIA ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Pesquisador: Sra Juliana Machado Schardosim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40612814.7.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 979.363

Data da Relatoria: 09/03/2015

Apresentação do Projeto:

Antigamente, as mulheres eram vistas em sua feminilidade com o propósito da maternidade. Ao engravidar, os cuidados prestados a essas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido eram responsabilidade exclusiva de mulheres consideradas de confiança da família, cujo conhecimento era advindo de práticas derivadas de conhecimento empírico, sendo denominadas de parteiras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

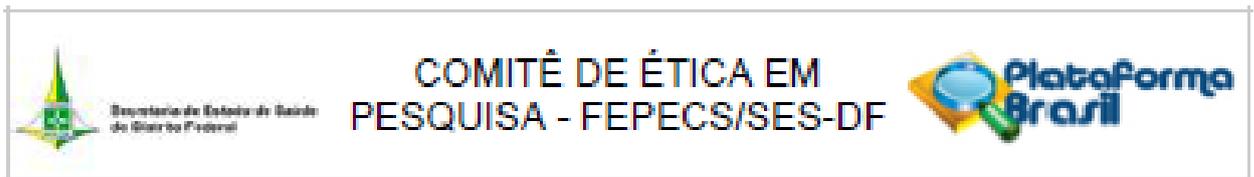
Investigar o conhecimento das puérperas usuárias de serviço de saúde de Ceilândia/DF sobre a humanização do parto.

Objetivo Secundário:

Descrever as informações fornecidas pelas mulheres sobre o parto humanizado. Conhecer o cenário atual de atenção ao parto na Ceilândia/DF. Identificar as fontes de informação das mulheres sobre a humanização do nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentou os possíveis riscos e benefícios de acordo.



Continuação do Parecer: 079.263

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo a ser desenvolvida na Maternidade do Hospital Regional da Ceilândia vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Farão parte do estudo puérperas que encontram-se nas primeiras 24 horas de puerpério. Serão incluídas puérperas de qualquer idade com pré-natal completo (a partir de 6 consultas). As participantes menores de idade dependerão de autorização de um responsável legal (esposo ou mãe) para participarem do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou folha de rosto de acordo;
- Termo de concordância de acordo;
- Critérios de Inclusão e exclusão apresentados;
- Currículos dos pesquisadores apresentados;
- Cronograma de acordo;
- Planilha de orçamento de acordo;
- TCLE apresentado;
- Apresentou os possíveis riscos e benefícios da pesquisa que a pesquisa pode estar sujeita;

Recomendações:

Respondeu as pendências solicitadas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respondeu as pendências solicitadas pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO

BRASILIA, 10 de Março de 2015

Assinado por:
Helo Bergo
(Coordenador)

ANEXO B - Instruções aos Autores para Submissão a Revista *Investigación y Educación en Enfermería*

Política Editorial

Investigación y Educación en Enfermería - Investigación e Educação em Enfermagem - (ISSN_p: 0120-5307, ISSN_e: 2216-0280), é uma publicação oficial da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Antioquia (Colômbia, América do Sul). Esta revista divulga a pesquisa e educação que contribua para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Esta revista divulga os avanços dos conhecimentos científicos e técnicos relacionados à *investigação e educação em enfermagem* contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Investigación y Educación en Enfermería - Investigación e Educação em Enfermagem - (ISSN_p: 0120-5307, ISSN_e: 2216-0280) é uma publicação quadrimestral da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Antioquia (Colômbia, América do Sul).

Investigación y Educación en Enfermería recebe artigos inéditos nos idiomas espanhol, português ou inglês. O envio e seguimento de artigos se farão on-line na direção <http://www.udea.edu.co/iee>. Depois do recibo, o artigo é submetido a avaliação por pares, os que recomendam sua aceitação ou rejeição mediante um sistema de arbitragem adiantada por experientes nacionais e internacionais. Por último, é o Comitê Editorial, o que com base nos critérios gerais da revista, o valor acadêmico do artigo e a opinião dos árbitros quem define a publicação do artigo apresentado. Os manuscritos aceitos serão traduzidos para publicação em Inglês.

Investigación e Educação em Enfermagem se reserva o direito de fazer revisões de estilo tendentes a conseguir mais clareza e concisão do texto. Os textos e material gráfico inclusos no material a publicar são de exclusiva responsabilidade dos autores e não necessariamente reflete o pensamento do Comitê Editorial. *Investigación e Educação em Enfermagem* se reserva todos os direitos legais de reprodução.

Esta revista segue as recomendações do COPE (Committee on Publication Ethics) sobre práticas éticas na publicação.

Indicações para os autores

Tipo de artigos que se recebem para publicação:

Artigo original. Documento que apresenta de maneira detalhada os resultados originais de investigações. A estrutura tem quatro seções: introdução, metodologia, resultados e discussão. Número máximo de referências permitidas: 25.

Artigo de revisão. Documento resultado de uma investigação onde se analisam e integram os resultados de investigações sobre um campo em ciência ou tecnologia, com o fim de dar conta dos avanços e as tendências de desenvolvimento. Caracteriza-se por uma cuidadosa revisão bibliográfica e por citar pelos menos 60 referências no corpo do texto.

Artigo de reflexão resultado de investigação. Ensaio que apresenta resultados de investigação desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais. Número máximo de referências permitidas: 25.

Reporte de caso (Situações de enfermagem). Documento que apresenta os resultados de um estudo sobre uma situação de enfermagem em particular, com o fim de dar a conhecer as experiências e metodologias consideradas na situação específica. Número máximo de referências permitidas: 10.

Artigo de reflexão não derivado de investigação. Ensaio que não é produto de uma investigação, mas que apresenta uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais. Número máximo de referências permitidas: 25.

Cartas ao editor. Posições críticas, analíticas ou interpretativas sobre os documentos publicados na revista, que a juízo do Comitê editorial constituem um aporte importante à discussão do tema por parte da comunidade científica de referência.

Editorial. Documento escrito pelo editor, um membro do comitê editorial ou um pesquisador convidado sobre orientações no domínio temático da revista.

Tradução. Traduções de textos clássicos ou de atualidade ou transcrições de documentos históricos ou de interesse particular no domínio de publicação da revista.

Outros. Se estudarão para publicação outros artigos como: resumos bibliográficos e experiências de cuidado ou de ensino-aprendizagem nas áreas da Saúde.

Requisitos para a apresentação de artigos

Carta de cessão de direitos. Cada artigo se acompanhará de uma carta dos autores especificando que os materiais são inéditos e que não se apresentarão a nenhum outro meio antes de conhecer a decisão da Revista. Os autores anexarão folha de vida e uma declaração assinada indicando que se o artigo se aceita para sua publicação e que os direitos de reprodução são propriedade exclusiva de Investigação e Educação em Enfermagem.

Características do arquivo do artigo. O trabalho não excederá as 20 páginas tamanho carta, escritas a duplo espaço, sem espaços adicionais entre parágrafos e títulos, em letra tipo "Times New Roman" tamanho 12. As margens direito e esquerdo de 3 cm, superior e inferior de 4 cm. As páginas se enumerarão sucessivamente e se usará o programa Microsoft Word para elaborar o texto.

Especificações sobre a forma em que devem apresentar-se as seções do artigo

Portada. É essencial que na primeira página apareça: o título, o qual deve ser conciso mas informativo e não deve ter mais de 80 caracteres. Ademais deve conter a lista de autores com os nomes completos e sobrenomes no ordem em do que aparecem na carta de cessão de direitos. Se complementar esta informação com os graus acadêmicos, cargo e instituição onde labora. Adicionalmente, os autores darão um email, para a correspondência com os editores e leitores.

Resumo. O artigo incluirá um resumo no idioma original e em inglês que não supere as 250 palavras. Para os artigos originais se exige um resumo estruturado no que se deve indicar especificamente as seções de: objetivo, metodologia, resultados e conclusão. Para os artigos de revisão, reflexão, situação de enfermagem e traduções, o resumo deverá incluir: o objetivo, a síntese do conteúdo e a conclusão, sem exceder as 200 palavras.

Em todos os casos, os autores devem dar entre três e seis palavras finque que melhor identifiquem o tema. Recomenda-se conferir os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a Biblioteca Virtual em

Saúde do projeto BIREME da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana da Saúde, disponíveis na direção: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> onde se encontram as palavras finque em espanhol, inglês e português.

Informação sobre ajudas e subvenções. Se o trabalho é derivado de investigação incluir o nome da investigação associada, além da informação a respeito de qualquer bolsa ou subvenção recebida de entidades ou organismos de qualquer tipo que financie o trabalho em que se baseia o artigo.

Informação sobre conflitos de interesse. Os autores deverão declarar os conflitos de interesse que se tenham com a investigação da qual é produto o artigo. A revista assume que há um conflito deste tipo quando existe uma relação financeira ou outra circunstância que pudesse afetar o bom juízo ou a conduta de um autor.

Seções dos artigos originais. Resume-se a seguir os lineamentos gerais para a apresentação destes artigos:

Introdução. O autor deve estabelecer nesta seção o propósito do estudo e resumir seu fundamento lógico, mencionando algumas referências pertinentes.

Metodologia. Esta seção deve detalhar o processo de seleção das pessoas ou fenômenos estudados, incluindo o lugar, tempo e população do estudo. A informação necessária a respeito do desenho, os procedimentos, os instrumentos de medida e os métodos de análises empregadas. Os métodos estatísticos que não sejam habituais em investigação devem descrever-se com suficiente detalhe. Pode incluir-se informação adicional que possa ser de especial interesse em forma de anexo. *Aspectos éticos:* quando seja aplicável, devem descrever-se brevemente as normas éticas seguidas pelos pesquisadores tanto em estudos observacionais como de intervenção. Os artigos sobre investigações com humanos deverão contar com a aprovação do comitê de ética correspondente, detalhando como consentimento informado foi obtido. Cópias dos dois documentos devem ser enviados. Ensaio clínico controlado deve informar o código de registro.

Resultados. Devem apresentar-se em seqüência lógica, com suas respectivas tabelas e gráficas, que serão comentadas em seus principais achados dentro do texto.

Discussão. Nesta seção os autores enfatizam os aspectos mais importantes do estudo, e se comparam com os resultados de outras investigações similares. Deve-se evitar discutir situações que não estejam apoiadas nos achados. Devem assinalar-se as limitações do estudo e discutir seus potenciais envolvimento na interpretação dos resultados. No último parágrafo desta seção se anotarão uma ou mais conclusões que se desprendem dos resultados do estudo.

Tabelas e gráficas. Recolhem informação de maneira resumida e a apresentam de maneira eficiente. Também permitem mostrar a informação com o nível desejado de detalhe e precisão. A inclusão de dados nas tabelas e gráficas, em lugar de em o texto, habitualmente permite reduzir a extensão do mesmo. As tabelas e gráficas devem ir numeradas consecutivamente, na mesma ordem com o que são citadas pela primeira vez no texto. Cada uma deve acompanhar-se de um título breve. As tabelas em ocasiões contêm explicações que devem ser incluídas em notas a pé depois dos seguintes símbolos, seguindo o mesmo ordem apresentado: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, †‡.

Os autores devem utilizar as abreviaturas das unidades, segundo as instruções do Sistema Internacional de Medidas, as quais podem ser conferidas na seguinte direção: <http://physics.nist.gov/cuu/Units/index.html>

Abreviaturas. Devem-se utilizar unicamente abreviaturas comuns. Os autores devem evitar o uso de abreviaturas no título do trabalho. A primeira vez que apareça uma abreviatura no texto deve estar precedida pelo termo completo ao que se refere, exceto no caso de unidades de medida comuns.

Requisitos na apresentação das referências. As referências bibliográficas devem localizar-se no texto com o número correspondente em forma de super-índice, na ordem de aparição de citação. A seção de referências se apresentará em folhas separadas do texto, estará numerada em forma consecutiva de acordo à ordem de citação do material documentário. *Investigação e Educação em Enfermagem* seguem as considerações gerais sobre as referências bibliográficas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (normas de Vancouver), as que são adaptação das propostas da National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos. Os autores que desejem informação adicional à que se apresenta nestas instruções podem conferir em www.nlm.nih.gov/bsd/uniformrequirements.html o formato dos diferentes tipos de referências bibliográficas. Os nomes das revistas que aparecem na seção de referências devem ser abreviados segundo o estilo utilizado pelo Index Medicus, o que está disponível no lugar da NLM: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>, e para as revistas espanholas e latino-americanas, que não se encontrem no primeiro, recomenda-se o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde no lugar da Biblioteca Virtual em Saúde em: <http://portal.revistas.bvs.br>. A seguir se mostram alguns exemplos da forma de apresentação dos documentos e material de referência:

Artigos de revistas. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título da revista. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo. Nota: quando os autores sejam mais de seis, se escreverá depois do sexto as palavras *et al.*

Livros e outras monografias. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título. Número de edição. Cidade de publicação: Editorial; ano de publicação. página da citação.

Capítulo de livro. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título do capítulo. Em: diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Lugar de publicação: Editorial; ano. páginas inicial-final do capítulo.

Conferência apresentada num congresso, simpósio e seminário. Sobrenome Dois iniciais dos autores da conferência. Título da conferência. Em: Título oficial do Congresso, simpósio, seminário, etc. Lugar de Publicação: Editorial; ano. página inicial-final da conferência.

Memórias de congresso, simpósio e seminário. Título do congresso, simpósio, seminário, etc. Lugar de realização; data. Cidade de publicação: editorial; ano de publicação.

Documentos eletrônicos. Para os documentos em linha a data de consulta se registra antecedida da palavra acesso e entre colchetes. Exemplo: [acesso 30 de março de 2010] Artigo de revista em Internet. Sobrenome Dois iniciais dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado da revista [Internet]. ano mês [data de consulta]; volume(número): [páginas se aparecem]. Direção eletrônica.

Monografia em Internet. Sobrenome Dois iniciais dos autores/ Diretores/Coordenadores/Editores. Título [Internet]. Edição. Lugar de publicação: Editorial; ano [data de consulta]. Direção eletrônica. Exemplo:

Material audiovisual. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título [CD-ROM, DVD, Disquete, segundo o caso]. Edição. Lugar: Editorial; ano.

Documentos legais. Título da lei/decreto/ordem. Nome do Boletim Oficial, número, (data de publicação).

Tese Doutoral e de Maestria. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título da tese [tese de maestria ou doutoral]. Lugar de publicação: Editorial; ano. Paginação. Exemplo:

Material não publicado. Corresponde aos artigos já aceitados, mas brincos de publicação. Os autores deverão solicitar uma constância da revista onde figure a aceitação. O formato é: Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título da revista. Em imprensa Ano.