



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO ENFERMAGEM

TAYSE DE OLIVEIRA FREITAS

**CONFORMIDADE ENTRE AS ORIENTAÇÕES OFERECIDAS NO
PRÉ-NATAL E AS PRÁTICAS APLICADAS NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO**

SÃO LUÍS

2018

TAYSE DE OLIVEIRA FREITAS

**CONFORMIDADE ENTRE AS ORIENTAÇÕES OFERECIDAS NO
PRÉ-NATAL E AS PRÁTICAS APLICADAS NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca de defesa do Curso de
Graduação de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão para obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ma. Paula Cristina Alves
da Silva.

SÃO LUÍS

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

FREITAS, Tayse de Oliveira.

Conformidade entre as orientações oferecidas no pré-natal e as práticas aplicadas no trabalho de parto e parto/Tayse de Oliveira Freitas - 2018.

98 f.

Orientador(a): Paula Cristina Alves da Silva.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2018.

1. Assistência ao Parto. 2. Educação em Saúde. 3. Gestantes. 4. Pré-Natal. 5. Saúde da Mulher.
- I. Silva, Paula Cristina Alves da. II. Título.

TAYSE DE OLIVEIRA FREITAS

**CONFORMIDADE ENTRE AS ORIENTAÇÕES OFERECIDAS NO PRÉ-NATAL E
AS PRÁTICAS APLICADAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa
do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof.^a Paula Cristina Alves da Silva (Orientadora)
Mestre em Ciências Ambientais e Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Lena Maria Barros Fonseca (1^o membro)
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias (2^o membro)
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus pela saúde e por ter me permitido tornar em realidade este sonho.

Aos meus pais José Domingos e Rita pela força, incentivo, apoio e encorajamento no momentos mais difíceis.

Ao meu irmão Thiago pela paciência e contribuição para minha formação.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de uma jornada repleta de aprendizado, crescimento e amadurecimento. Assim, deixo registrado meu reconhecimento e agradecimento por cada um que de alguma forma contribuiu para a realização desse sonho.

À Deus, por ouvir as minhas orações diárias, por me proteger a cada instante e pela força e saúde para superar os obstáculos. Obrigada por ser meu guia e essencial em minha vida.

À Universidade Federal do Maranhão por ser uma instituição pública, gratuita e proporcionar uma formação de qualidade.

Ao corpo docente e funcionários do Departamento de Enfermagem, pela transmissão dos saberes e contribuição no meu desenvolvimento profissional.

À Prof^a. Dr^a. Paula Cristina Alves da Silva, a quem admiro como pessoa. Obrigada pelas oportunidades que me foram dadas, ensinamentos, convivência e solicitude em todos os momentos nesta minha trajetória, que tanto contribuíram para minha formação. Sinto muito orgulho por ter tido uma orientadora com tamanha sabedoria, humanidade e paciência.

À banca examinadora, Prof^a. Dr^a. Lena Maria Barros Fonseca e Prof^a. Dr^a. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias, por aceitarem avaliar meu trabalho e contribuírem com observações e alterações pertinentes.

À todas as mulheres que aceitaram e se dispuseram a participar dessa pesquisa.

À minha família pela educação e formação concedida. Obrigada por sempre acreditarem em mim e fornecerem todo o apoio para conseguir chegar até a finalização dessa etapa.

Agradeço em especial àqueles que se tornaram meus amigos e companheiros de vida, Natália Martins, Raquel Andrade, Thalyta Batalha, Thássia Camila, Nadson Maranhão, Laine Serra e Luciene Castro. Obrigada pelo apoio, ajuda, confiança, incentivo e amizade de vocês.

À todos que direta ou indiretamente, ajudaram a construir essa trajetória, a minha mais profunda gratidão.

Nascer é prejudicial à saúde, porque não há no mundo nenhum ambiente mais controlado e confortável do que o útero materno. Mas como viver é um risco inevitável e necessário, é bom saber que tem gente empenhada em garantir maior qualidade ao nascimento e à vida.

(Menezes, 2011)

RESUMO

Introdução: O cuidado pré-natal deve ser prestado por profissionais de saúde qualificados para atender mulheres grávidas, garantindo as melhores condições de saúde tanto para mãe quanto para o bebê, com intuito de fornecer informações da gestação, trabalho de parto e parto, para que a mulher possa sentir-se preparada para o processo da parturição. **Objetivo:** Avaliar se há conformidade entre as informações ofertadas durante o pré-natal e as práticas aplicadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade escola de São Luís-MA. **Métodos:** Estudo quantitativo de corte transversal, retrospectivo, realizado com 189 puérperas no período de setembro a dezembro de 2016, com a aplicação de um formulário contendo 66 questões. Os Dados foram analisados por meio de frequência simples e absoluta e pelo teste do Qui-quadrado para a busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre as variáveis independentes. **Resultados:** Da amostra, 43,9% foram informadas sobre o tipo de parto; 70,9% rompimento da bolsa amniótica; 75,7% e 82% respectivamente, contração e dor; 29,1% receberam informações dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e alimentação no trabalho de parto. Houve associação estatística entre o recebimento de informações no pré-natal e as variáveis fornecidas no trabalho de parto, quanto a contração ($p = 0,023$), dor ($p = 0,001$), duração do trabalho de parto ($p = 0,010$), posições do parto ($p = 0,044$) e amamentação ($p = 0,001$). Por outro lado, não foi possível estabelecer essa relação estatística entre métodos não farmacológicos de alívio da dor ($p = 1,000$) e alimentação durante o trabalho de parto ($p = 0,764$). **Conclusão:** Conclui-se que há conformidade expressa tanto pela relação das orientações no pré-natal quanto à oferta e aplicação das práticas na sala de parto, e uma deficiência quanto ao repasse das informações sobre as práticas no trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Assistência ao Parto; Educação em Saúde; Gestantes; Pré-Natal; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: The prenatal care must be made by qualified health professionals to treat pregnant women, guaranteeing the best conditions of health both to mother and child, with the purpose to provide information about the pregnancy, labour, and delivery, so that the woman can be prepared for the childbirth. **Objective:** Evaluating if there is an agreement between the information provided throughout the prenatal and the practices applied during the labour and delivery at a maternity school from São Luis-MA. **Methods:** Quantity research of transverse section, retrospective, made with 189 puerperas from September to December 2016, with the application of form containing 66 questions. The data were analyzed by means of absolute and simple frequency and with the Chi-square test to find out possible associations ($p < 0,05$) among the independent variables. **Results:** From the sample, 43,9 % were informed about the type of delivery; 70,9 % rupture of the amniotic sac; 75,7% and 82% respectively, contraction and pain; 29,1% received information about the non-pharmacological methods for relief of pain and feeding during labour. There was statistic association between the receipt of information on prenatal and the variables provided during labour, as contraction ($p=0,023$), pain ($p=0,001$), duration of labour ($p=0,010$), positions of childbirth ($p=0,044$), and breastfeeding ($p=0,001$). On the other hand, it was impossible to establish this statistic relation between non-pharmacological methods for relief of pain ($p=1,000$) and feeding during labour ($p=0,764$). **Conclusion:** It's concluded that after analysis from data there is real concordance both for the relation of orientations on prenatal and offering and application of the practices at the birth room, and a deficit of information transmitted about practices on labour and delivery.

Keywords: Childbirth assistance; Health education; Pregnancy women; Prenatal; Woman Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização do perfil de acompanhamento do pré-natal na gestação atual de mulheres atendidas em um centro obstétrico de um hospital universitário em São Luís – MA, 2018	39
Tabela 2. Caracterização do tipo de informação do trabalho de parto e parto durante o acompanhamento pré-natal em um centro obstétrico de um hospital universitário em São Luís - MA, 2018	40
Tabela 3. Distribuição das informações no pré-natal associado às orientações no trabalho de parto em um centro obstétrico de um hospital universitário em São Luís-MA, 2018	41
Tabela 4. Distribuição das informações no pré-natal associado às práticas no trabalho de parto e parto em um centro obstétrico de um hospital universitário em São Luís-MA, 2018	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS- Agentes Comunitários de Saúde

AM- Aleitamento Materno

ALCON- Alojamento Conjunto

CO- Centro Obstétrico

COMIC- Comissão Científica

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

HUUFMA- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

MNFAD- Métodos não farmacológicos para alívio da dor

MS- Ministério da Saúde

N- Número absoluto

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH- Política Nacional de Humanização

PNS- Plano Nacional de Saúde

PP- Plano de Parto

RC- Rede Cegonha

REHUNA- Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUS- Sistema Único de Saúde

TP- Trabalho de parto

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UMI- Unidade Materno Infantil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Contexto histórico das políticas de atenção à Saúde da Mulher	15
3.2 Assistência no ciclo gravídico-puerperal	18
3.2.1 Postura da parturiente no processo de trabalho de parto e parto	22
3.3 Conformidade das orientações no pré-natal e trabalho de parto e parto	24
4 METODOLOGIA	26
5 RESULTADOS	29
6 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	66
APÊNDICE A – FORMULÁRIO	67
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
ANEXOS	78
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE PESQUISADOR	79
ANEXO B - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	80
ANEXO C – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMIC (HUUFMA)	89
ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/HUUFMA	91
ANEXO E - PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO	96

1 INTRODUÇÃO

A vivência do período gestacional é um momento único, representando um processo complexo e singular, que envolve uma série de adaptações biológicas, sociais, culturais, e psicológicas que geram expectativas, emoções, medos e ansiedades à gestante, exigindo no decorrer desse processo orientações e cuidados específicos (BORTOLI *et al.*, 2017; FEITOSA *et al.*, 2017).

No Brasil, para consubstanciar as políticas públicas, foram publicadas variadas portarias e manuais técnicos com o intuito de normatizar, sistematizar, ampliar e intensificar os cuidados voltados à saúde da mulher na condição de gestante e puérpera, além de utilizar recursos para uma readequação tecnológica e estrutural para melhorar a assistência à parturiente (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Desde 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que mais tarde passou a ser considerado uma política (em 2004 com o PNAISM), trouxe como propostas o aumento da cobertura e a concentração do atendimento pré-natal a população feminina, além de melhorar a qualidade da assistência ao parto. Portanto, as políticas de atenção à Saúde da Mulher recebem estímulos financeiros substanciais para financiamento de suas atividades (BRASIL, 2004; COSTA, 2016; JORGE *et al.*, 2015).

O MS também instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que foi implementado com o propósito de atender as gestantes de forma acolhedora e humanizada. Este, está estruturado nos princípios que toda mulher tem direito ao acesso e ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva de garantir os direitos inerentes a todo cidadão (DEMARCHI *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A Rede Cegonha, em 2011, foi criada pelo MS para intensificar as ações do PAISM e PHPN e buscar uma redução das taxas de mortalidade materno-infantil e do número excessivo de cesáreas. Esta, veio para organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; elaborar e implementar os Cadernos de Atenção Básica para qualificar o cuidado; possibilitar a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (plano

de vinculação); e a adequação da ambiência das maternidades para o parto seguro e humanizado. Além disso, proporcionar à criança um nascimento seguro e garantia de atenção integral desde o nascer até os 24 meses (BRASIL, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2016b).

Essa garantia do atendimento de qualidade e estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional são quesitos importantes para a humanização da assistência e favorecimento da permanência nas consultas, ao sentirem-se acolhidas. A Enfermeira¹, como integrante da equipe de saúde, tem o papel de realizar as consultas de pré-natal, encaminhá-las ao médico em gestações de alto risco, realizar as visitas domiciliares com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e o fornecimento de informações por meio de ações educativas (SANTOS *et al.*, 2010).

O suporte da Enfermeira às gestantes deve-se iniciar logo no pré-natal, independente do número de gestações. Logo, as informações sobre boas práticas no pré-natal e a aplicação no trabalho de parto e parto contribuem para uma gestação saudável e preparo para o parto, influenciando na alimentação, na escolha do acompanhante, nos métodos para alívio da dor a serem utilizados, no desejo da mulher em optar pela posição no parto normal e no ato de amamentar (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Dessa forma, a assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é um fator relevante, sendo a base principal para que ela tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado ao seu próprio corpo, e que esta escolha seja pertinente com seu bem-estar e do bebê. Portanto, as informações repassadas desde o pré-natal devem ser concisas, adaptadas ao nível sociocultural e cognitivo de quem a recebe, para que a mulher possa ser capaz de escolher qual a proposta para a sua assistência que melhor se adapte, conforme seus princípios morais e éticos (MACHADO & PRAÇA, 2006).

Assim sendo, pode-se afirmar que, a humanização e a qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e

¹ Optou-se por utilizar o termo no gênero feminino pelo fato das mulheres representarem a maior parte da categoria profissional, o que não exclui os profissionais do sexo masculino.

reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2002; SANTOS *et al.*, 2010).

Baseado nessas proposições levantadas, traz-se como questão norteadora: As gestantes estão sendo devidamente orientadas nas consultas de pré-natal sobre as boas práticas no trabalho de parto e parto? E como hipótese: As orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal em relação às boas práticas são superficiais e não correspondem às necessidades e práticas durante a parturição.

Dessa forma, o interesse por essa temática surgiu durante a vivência acadêmica, especificamente nas práticas de Saúde da Mulher, onde pode-se observar, de maneira geral, a importância da assistência no pré-natal com foco na educação em saúde e os benefícios dessas informações durante o trabalho de parto e parto; e a relevância do tema justifica-se pela necessidade de conhecer se as gestantes estão sendo devidamente orientadas no pré-natal e se há uma concordância entre essas informações e as práticas aplicadas durante a parturição. Também espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir de forma positiva na melhora da assistência prestada à essas mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Avaliar se há conformidade entre as informações ofertadas durante o pré-natal e as práticas aplicadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade escola de São Luís-MA.

2.2 Específicos

- ✓ Levantar quais orientações são repassadas às gestantes sobre o trabalho de parto e parto durante as consultas de pré-natal;
- ✓ Relacionar se as mulheres foram orientadas sobre trabalho de parto e parto no pré-natal;
- ✓ Caracterizar o perfil do acompanhamento do pré-natal na gestação atual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto histórico das políticas de atenção à Saúde da Mulher

A gestação é considerada uma experiência individual, social e única para a mulher. É um momento especial e de grandes mudanças, principalmente fisiológicas, psicológicas, socioculturais e econômicas. Sendo assim, a implantação e implementação de políticas públicas voltadas para a atenção à mulher principalmente no período da gestação, parto e pós-parto tem como objetivo melhorar a saúde materna e promover um cuidado integral em todo o ciclo gravídico-puerperal (COSTA *et al.*, 2013; PRATES, 2015).

Nas primeiras décadas do século XX, a Saúde da Mulher passou a ser incorporada às políticas nacionais de saúde, onde discutiam-se sobre o seu papel biológico e social de mãe e doméstica, responsável pela criação dos filhos e cuidados com a casa. Ao longo dos anos, esse papel foi sendo modificado com a sua inserção no mercado de trabalho, o que levou a alterações significativas no contexto da saúde da população feminina e com a evolução dessas políticas (CRUZ *et al.*, 2014).

Em 1984, fruto das lutas da Reforma Sanitária e do movimento feminista, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes a integralidade e a equidade da assistência, trazendo propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, estavam sendo formados os conceitos que embasariam a formulação do SUS, posteriormente, na Constituição de 1988 (BRASIL, 2004; GUERREIRO *et al.*, 2012; COSTA, 2016).

Com a publicação do PAISM, marcou-se uma ruptura conceitual com os princípios que norteavam a política de saúde das mulheres, passando a englobar ações voltadas para todo o ciclo vital da mulher, destacando-se a atenção pré-natal pelo seu impacto nas condições perinatais. Além disso, observou-se também a expansão da cobertura da Atenção Básica (AB) a toda população brasileira, decorrente da universalização do acesso e ampliação da oferta de serviços de saúde de base municipal com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e os processos de mudança nos modelos de atenção às mulheres, especialmente

representados por iniciativas voltadas à redução das taxas de cesárea e à humanização do parto (COSTA, 2009; CRUZ *et al.*, 2014).

Para esse fim, desde de 1993, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) vem atuando no Brasil com o objetivo de divulgar a assistência e os cuidados perinatais com base em evidências científicas e em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (OMS), além de promover e reivindicar a prática do atendimento humanizado ao parto e nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, com a diminuição das intervenções desnecessárias e a promoção do cuidado ao processo gravidez-parto-nascimento-amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico desse ciclo (RATTNER *et al.*, 2010).

A fim de sistematizar essas ações, no ano de 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (Portaria do MS nº569/2000) com o intuito de solucionar a falta de vínculo existente entre a assistência pré-natal e parto, além de melhorar o acesso aos serviços de saúde, a cobertura e qualidade do acompanhamento, assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos, e ao final diminuir as taxas de mortalidade materno-infantil (POLGLIANE *et al.*, 2014).

Ainda no contexto do PHPN, relacionado a melhorias na assistência durante o período gravídico-puerperal, foi criado o Projeto Maternidade Segura (em 2000), tendo como principal meta oferecer um atendimento de qualidade nos serviços hospitalares. Esse projeto se deu por meio do cumprimento de oito passos que traz desde o estímulo ao parto normal e humanizado, se propõe a assegurar os direitos das mulheres, a assistência durante a gravidez, parto e puerpério e, por conseguinte avaliar frequentemente os indicadores de saúde materno-infantil (COSTA, 2016).

Neste sentido, o MS procura incentivar as ações de pré-natal de início precoce, ou seja, identificar a gestante na comunidade o mais breve possível e iniciar a assistência de forma contínua, em todos níveis de complexidade, com o sistema de referência e contrarreferência atuante (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; NOGUEIRA, 2010).

Outro marco na evolução dessas Políticas de Saúde foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) criada com o objetivo de diminuir os problemas referentes a aplicabilidade do SUS, através da encorajamento dos municípios, responsabilizando e fortalecendo a gestão do sistema de saúde. Foi necessário ampliar as responsabilidades dos municípios na AB, estabelecendo a

garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, além do acesso das ações de maior complexidade. Mas, foi somente com a criação da política de saúde da mulher que houve uma abrangência para toda a população feminina (BRASIL, 2001).

Por isso, em 2004, o MS propôs diretrizes para a humanização e qualidade do atendimento com a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que consolidou os avanços do PAISM (1984) e ampliou o leque de ações relacionadas à saúde da mulher, que até então era focado na assistência do ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, como as doenças ginecológicas mais prevalentes, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos das mulheres (BRASIL, 2004; CRUZ *et al.*, 2014; OLIVEIRA, 2016a).

Ainda nesse mesmo ano, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS) que lançou várias deliberações que buscavam afirmar os direitos reprodutivos e sexuais, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, atenção ao abortamento e combate à violência sexual e doméstica (COSTA, 2009; OLIVEIRA, 2016a).

Buscando dar continuidade ao que foi proposto pela política, em 2011, foi criada a Rede Cegonha, um programa do MS lançado pelo Governo Federal, que visa reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil e ampliar o acesso das gestantes aos serviços de saúde. Traz como objetivos a garantia do acesso, acolhimento, resolutividade, com avaliação da classificação de risco e vulnerabilidades, proporcionando dessa forma uma melhora na qualidade da atenção pré-natal. Além disso, vem reforçar a luta pela implantação e afirmação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento chamado de “Modelo Humanizado de Assistência ao Parto”, ao qual, vem sendo discutido e construído no país desde a década de 1980 com base no pioneirismo e na experiência de vários atores, entre eles médicos, enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras e entre outros (MAIA, 2010; BRASIL, 2014; FEITOSA *et al.*, 2017).

O avanço dessas políticas voltados à saúde da mulher, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal, serviu como um fator para diminuir os índices de mortalidade materna que acontecem em decorrência de complicações inerentes deste período ou de doenças pré-existentes, tais como hemorragias, aborto, infecção puerperal e pré-eclâmpsia. Por isso, ao longo dos anos, situações como essas poderiam ter sido evitadas por meio de medidas preventivas básicas, como a

identificação precoce de complicações, tomada de decisão em casos de urgência e emergência, além da utilização de pessoal qualificado no atendimento à mulher durante o processo da gravidez, parto, nascimento e puerpério (NOGUEIRA, 2010).

Segundo os dados apresentados no 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), lançado em maio de 2014, o Brasil obteve uma redução de 55% na taxa de óbitos das gestantes em duas décadas, 1990 a 2011, o que corresponde a uma queda de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Isto representa uma superação, maior até do que a média de reduções da América Latina e do mundo, representando um total de 45% (FEITOSA *et al.*, 2017).

Diante disso, a atenção qualificada ao pré-natal é uma estratégia fundamental para tornar as gestações e os partos mais seguros, contribuindo significativamente na redução das mortes maternas e assim promover uma maternidade segura (BRASIL, 2004; BRASIL, 2014).

3.2 Assistência no ciclo gravídico-puerperal

A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que participam desse processo (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

O pré-natal compreende um conjunto de atividades de promoção e prevenção, que visa o desenvolvimento da gestação, do parto e nascimento de forma saudável, com intuito de diminuir os impactos negativos na saúde da mulher e do bebê e contemplar os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas, considerado um componente importante de atenção à saúde materno-infantil (BORTOLI *et al.*, 2017).

Para que aconteça o mínimo possível de intercorrências, durante o pré-natal são ofertados consultas regulares e orientações com profissionais de saúde, onde são solicitados exames laboratoriais e de imagens, transcritos medicamentos específicos e feito a avaliação física (COSTA, 2016).

O período de gestação, por ser o mais propício para essas ações de educação em saúde, proporciona que sejam dadas orientações necessárias em relação ao

processo gestacional, mudanças corporais durante a gravidez, no trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação, esclarecimento das dúvidas e seus temores, informações das etapas de todo o processo do trabalho de parto e parto, de modo que elas possam compreender e servir como suporte durante a trajetória da parturição. Por isso, a Enfermeira tem seu papel fundamental como educadora tornando-se uma facilitadora para a aprendizagem dessas mulheres, proporcionando meios para a autonomia, autocuidado e corresponsabilidade pela sua saúde (BRASIL, 2001; CRUZ *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015).

Além disso, por ser uma estratégia da política de saúde da mulher, permite que a assistência associada às ações educativas sejam uma ferramenta importante na redução das taxas de mortalidade materna e perinatal. Assim, a qualidade da assistência ofertada por meio das consultas é um ponto essencial e de auxílio para a gestante na fase de trabalho de parto e parto, possibilitando à essa mulher uma maior autonomia nesse processo. E para que seja efetiva é imprescindível o pronto início do acompanhamento pré-natal ainda no 1º trimestre da gravidez, o cadastro da gestante no SISPRENATAL, o fornecimento e preenchimento do cartão pré-natal, o esclarecimento sobre o calendário de vacinas e realização dos exames preconizados (BRASIL, 2001; SOUZA *et al.*, 2011).

Todavia, embora seja preconizado pelo MS e descrito nos protocolos e manuais técnicos que devem ser seguidos, ainda há algumas falhas na assistência pré-natal, como por exemplo as dificuldades no acesso, o número inadequado de consultas, a falta de vínculo entre os serviços, que resulta na peregrinação dessa gestante em trabalho de parto em busca de uma vaga para internação (NASCIMENTO *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2017).

O início tardio do pré-natal também sugere o despreparo dos serviços de saúde para captar precocemente essas gestantes, podendo levar a sensibilização e conscientização da população quanto à importância do início precoce do pré-natal ou, ainda, a dificuldade de acesso dessas mulheres a esses serviços. Sabe-se que, quanto mais tarde for iniciado com reduzido número de consultas, traz prejuízo ao diagnóstico e o tratamento de certas condições patológicas, além de comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante a gestação que é a promoção da saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

De acordo com o MS, recomenda-se um número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com início do pré-natal ainda no primeiro trimestre e a

realização de procedimentos básicos, que incluem os exames clínico-obstétricos, laboratoriais e de imagem. Nessa perspectiva, para avaliar a qualidade da assistência prestada, deve-se levar em consideração os aspectos relativos ao conteúdo dessas consultas, incluindo a atenção e o tempo dispendidos e as orientações prestadas à gestante, além da subjetividade de cada paciente, como a satisfação, o acolhimento e a manutenção do vínculo (NUNES *et al.*, 2016).

Além disso, é necessário ter uma disponibilidade de infraestrutura adequada, em relação aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, o atendimento multidisciplinar com uma equipe capacitada para fazer o atendimento, que saiba dar as informações e condutas necessárias para cada período da gravidez e que possam atender as necessidades de cada mulher, proporcionando assim melhores resultados na assistência ao parto e nascimento (CASTRO *et al.*, 2010).

O parto representa a etapa final da concepção onde o ser gerado iniciará uma vida independente do organismo materno. Promover o conforto e a satisfação da mulher neste momento está entre as tarefas mais importantes da equipe de saúde que deve valorizar o parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias, priorizando assistência humanizada, que respeite sua individualidade e autonomia (OSÓRIO *et al.*, 2014; RAMOS *et al.*, 2018).

O MS incentiva a atuação da Enfermeira obstetra ou obstetriz na assistência ao parto e nascimento, regulamentado pela Lei do exercício profissional da Enfermagem (Lei nº7.498/86) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), incluindo o cuidado ao parto normal e sem distócia, e na realização do pré-natal de baixo risco. Tais profissionais ainda são reconhecidas, como capazes de desenvolver uma relação de escuta e confiança com as gestantes, possibilitando orientações claras e concisas, favorecendo o seu empoderamento e autonomia durante o trabalho de parto e parto, levando-a à adotar uma postura ativa, como protagonista dessa experiência (OLIVEIRA *et al.*, 2016b; COSTA, 2017).

O parto e nascimento são considerados eventos fisiológicos, no qual não é necessário o uso de medicalização, somente em casos específicos, e intervenções que impossibilitem à mulher de vivenciar o trabalho de parto de forma natural, sendo que o organismo se prepara para liberação de hormônios que vão ajudar na hora da saída do feto. Por isso, as Enfermeiras Obstetras são fundamentais nesse momento, pois tem a capacidade de proporcionar conforto, segurança, utilizar condutas que serão benéficas tanto para mãe quanto para o recém-nascido como o contato pele a

pele, clampeamento oportuno do cordão umbilical, a oferta de líquidos, uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, a participação do acompanhante, a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-filho (BRASIL, 2014; RAMOS *et al.*, 2018).

Sendo assim, o atendimento humanizado deve ser realizado com o reconhecimento dos direitos fundamentais das mulheres e das crianças. A humanização é o direito à escolha: do local a ser realizado o parto, da forma de assistência, da posição ideal, da presença do acompanhante e da preservação da integridade corporal da parturiente e do bebê. Assim, o respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar e o fortalecimento do protagonismo da mulher nesse processo são pontos importantes para possibilitar a participação autônoma das mesmas nas decisões de condutas e escolhas (SOUZA *et al.*, 2011; MATOS *et al.*, 2017).

É fundamental que o profissional tenha uma maior aproximação com a gestante, garantindo uma atenção integral e de qualidade, esclarecendo as dúvidas e anseios relacionados a gravidez, parto e puerpério. Dessa forma, a assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é um fator relevante, sendo a base principal para que ela tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado ao seu próprio corpo, e que esta escolha seja pertinente com seu bem-estar e do filho (FEITOSA *et al.*, 2017).

Em relação ao puerpério, última etapa do ciclo gravídico-puerperal, por ser considerado um período de risco, torna-se imprescindível os cuidados de enfermagem que devem ser qualificados e que tenham como base a prevenção de intercorrências, o conforto físico e emocional, com ênfase em ações educativas e que possam ser oferecidos como ferramentas para o autocuidado da puérpera e do filho (a) (EBLING *et al.*, 2018).

Apesar de ser um evento singular, ainda é bastante negligenciado, pois as atenções se voltam mais aos bebês. Por isso, logo no início da maternidade, a representatividade e aproximação do profissional de saúde são essenciais para a melhor recuperação da mulher. Devem-se utilizar práticas, habilidades e conhecimento científicos para ajudá-las no enfrentamento dessa fase, sempre levando em consideração aspectos psicológicos, sociais e familiares para não repercutir prejuízos para díade mãe-filho (a) (SILVA *et al.*, 2017).

Com isso, conclui-se que a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, quando ofertada de forma sistematizada, articulada e resolutiva, garantindo os princípios do SUS e seguindo os protocolos estabelecidos pelo MS, tem como resultado a melhoria significativamente dos indicadores, com redução da morbimortalidade materna e neonatal e das intercorrências durante todo o ciclo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014).

3.2.1 Postura da parturiente no processo de trabalho de parto e parto

O parto representa a etapa final da concepção onde o ser gerado iniciará uma vida independente do organismo materno. Dentre as tarefas mais importantes da equipe de saúde é a promoção do conforto e a satisfação da mulher neste momento, onde deve ser valorizado o parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias, dando prioridade a assistência humanizada, e que respeite a individualidade e autonomia (PASCHE *et al.*, 2010).

Mesmo com a propagação da ideia de um parto mais humanizado, observa-se que o Brasil tornou-se o líder mundial na realização de cesarianas, com taxas de incidência de 56% e, quando visto de forma isolada nas maternidades particulares, ultrapassa os 85%. Por isso, o país tem investido em políticas que incentivam cada vez mais o parto normal, onde cada mulher deve receber um atendimento diferenciado (OLIVEIRA *et al.*, 2010; LIMA; CASTRO, 2017).

Apesar do parto se constituir em uma rotina nas maternidades, este é vivenciado por cada mulher de maneira diferente. A informação é um fator essencial e que contribui para que essa parturiente possa ter autonomia para escolher ou contestar algum procedimento desnecessário, assim como ter o apoio dos profissionais para lhe proporcionar uma assistência integral (REIS *et al.*, 2017).

Oposto a isso, percebe-se em alguns casos que as práticas acabam sendo impostas, restringindo a liberdade dessa mulher no momento do seu parto, em decorrência, principalmente, das práticas autoritárias de assistência à saúde, ou seja, a posição de autoridade assumida pelo profissional sobre indivíduo cuidado. Essa imposição de práticas assistenciais é considerada uma violação do direito da mulher à sua integridade corporal (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O sofrimento causado pela dor é um dos pontos mais relatados em estudos voltados sobre as experiências da mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo utilizado como critério para classificar esse momento em uma experiência positiva ou negativa, que também pode ser influenciada pelo medo e insegurança diante do desconhecido, abandono e solidão, e do prolongamento do período de expulsão do feto. Este, pode ser considerado um dos fatores que levam muitas gestantes à optarem pela cirurgia cesariana. Por isso, é necessário que sejam aplicados métodos não farmacológicos associado aos medicamentos que possam amenizar (TOSTES; SEIDL, 2016).

Além disso, foram relatados em outras pesquisas que além da dor, o trabalho de parto e o período expulsivo prolongados provocam aumento do desconforto das mulheres, que se sentem angustiadas frente à demora do processo, o que potencializa a ansiedade e o cansaço. O medo, também vivenciado por elas, surge não somente em decorrência do receio pelas complicações obstétricas, mas, também, pela inserção em um ambiente desconhecido, constituído de “pessoas estranhas” (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SOUZA; GUALDA, 2016; REIS *et al.*, 2017).

Em relação aos sentimentos que despertaram o bem-estar da mulher, pode-se destacar o alívio e felicidade após o nascimento. O fato de sentir-se cuidada e confortada, também possibilita que a experiência do parto seja vivenciada de forma menos traumática, principalmente quando os profissionais (notadamente a Enfermeira) mostram-se sensibilizados com as expressões de dor, medo e alegria, conseguindo reagir com segurança e melhor compreensão do momento vivido (OLIVEIRA *et al.*, 2010; MELO *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2017).

Sendo assim, considera-se como pontos fundamentais do cuidado além do acolhimento, as situações de satisfação entre o profissional e cliente, fazendo com que as relações interpessoais sejam os verdadeiros instrumentos para a vivência desse processo. Logo, é necessário que as mulheres participem mais ativamente da gestação e do parto, cientes de seus direitos, atuando com autonomia no processo de parturição (PEREIRA *et al.*, 2011; MATOS *et al.*, 2017).

3.3 Conformidade das orientações no pré-natal e trabalho de parto e parto

Para a efetivação das condutas do pré-natal e das práticas aplicadas no trabalho de parto e parto, é necessário que os profissionais envolvidos estejam conscientes da importância da sua atuação e das necessidades de aliar o conhecimento técnico-científico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, que é o bem-estar e qualidade de vida da díade mãe e filho (POLGLIANE *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2016).

Assim, por ser um processo primordial nas relações humanas, a comunicação pode se constituir em um meio de informação que expressa de forma verbal e não verbal, e é extremamente importante nas relações de trabalho entre profissionais da saúde (seja médico, enfermeira, técnico, fisioterapeuta, etc.), pacientes e familiares. Através de uma comunicação efetiva, este profissional pode prestar uma assistência de forma holística, no intuito de possibilitar ao indivíduo o entendimento e enfrentamento de seus problemas, bem como a percepção do seu papel como sujeito ativo no processo de restabelecimento e bem-estar geral (RODRIGUES, *et al.*, 2010).

O diálogo entre as gestantes e os profissionais de saúde é um ponto primordial para manter essa relação entre as orientações oferecidas no pré-natal e as práticas aplicadas durante o parto, pois servirá como uma preparação efetiva para a maternidade. É nesse ponto que a consulta de enfermagem se torna importante, pois ela se constitui em um veículo legítimo de informações sobre os aspectos técnicos e tecnológicos do parto, as repercussões positivas à sua saúde e ao recém-nascido (COSTA *et al.*, 2011; LAMY *et al.*, 2013).

Dentre as informações que devem ser repassadas ao longo da gestação e que estão associadas a um parto vaginal de baixo risco são: oferecimento de líquidos via oral no trabalho de parto; avaliar o emocional das parturientes; elaborar o plano de parto, encorajar a gestante a não aderir à posição litotômica e atuar minimizando a dor proveniente das contrações uterinas, com utilização de métodos não farmacológicos, como a realização de técnicas de respiração, massagens e relaxamento. Essas práticas são respaldadas por evidências científicas e são preconizadas para humanização ao parto (LIMA; CASTRO, 2017).

O Plano de parto, por exemplo, é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher faz o planejamento do seu parto, após receber todas as informações

possíveis que foram dadas durante as consultas, considerando seus valores e desejos pessoais, além de facilitar a comunicação com os profissionais de saúde. Ele é recomendado pela OMS, que incentiva um processo o mais natural possível do parto, evitando procedimentos rotineiros de intervenção (CORTÉS *et al.*, 2015; LOPEZOSA *et al.*, 2017).

Logo, o trabalho com as mulheres nesse sentido, deve ser ressignificado com a abrangência na produção de informações garantidas às gestantes desde o início, durante o acompanhamento pré-natal, criando oportunidade de envolvimento da mulher e de seus familiares, na promoção do parto normal. A consulta pode ser usada como uma ferramenta propícia ao acolhimento e vínculo na rede de serviços de saúde, e como um momento privilegiado de preparo para o que virá posteriormente (COSTA *et al.*, 2011).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de corte transversal, integrante de um projeto de maior abrangência, denominado de “BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: avaliação em um hospital universitário”, (ANEXO A), que tem como objetivo avaliar as boas práticas de assistência ao parto e nascimento em um hospital universitário. O TCC foi estruturado de acordo com as normas da revista para posterior publicação (ANEXO B).

A pesquisa transversal descreve uma situação ou fenômeno sem um período de seguimento, ou seja, caracteriza-se por ser uma fotografia ou corte instantâneo que se faz em uma população por meio de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade, examinando-se nos integrantes da amostra a presença ou ausência da exposição e do efeito. Estas questões tornam os estudos transversais rápidos, econômicos, mais fáceis em termos logísticos e não sensíveis a problemas como as perdas de continuidade (HOCHMAN *et al.*, 2005; ARAGÃO, 2011).

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, especificamente na Unidade de Internação Obstétrica - Alojamento Conjunto (ALCON), área destinada ao acolhimento de puérperas e recém-nascidos. A escolha desse hospital foi por ser um local em que há maior captação de gestantes e pela vivência durante as práticas do curso. O HUUFMA é um órgão integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, que atende mulheres de baixo e alto risco, localizado na Rua Silva Jardim, nº 215, Centro, São Luís-MA. Já o ALCON, que dispõe de sessenta e cinco (65) leitos dispostos em duas alas (Ala E e A), está localizado no terceiro andar da Unidade Materno Infantil (UMI) do HUUFMA.

A população do estudo foi constituída por todas as mulheres em pós-parto ocorrido no Centro Obstétrico (CO) da UMI, admitidas no ALCON nos meses de setembro a dezembro de 2016 e que atendiam aos critérios de inclusão, que são: todas as mulheres que tiveram gestação múltipla ou de feto único, idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, realizaram parto vaginal no CO da UMI e permaneceram no setor pelo menos uma (1) hora entre a admissão e o parto. Entre os critérios de não inclusão, foram utilizados os seguintes: mulheres com óbito fetal, as que foram submetidas à curetagem, as com recém-nascido grave ou encaminhado

a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e aquelas que não apresentaram condições clínicas ou psicológicas para responder o questionário.

A coleta de dados foi realizada em todos os dias da semana, incluindo os feriados, através de um formulário (APÊNDICE A) constituído por sessenta e seis (66) questões, e deste total, treze (13) questões, que estão em negrito, foram utilizadas para este estudo, referentes a informações sobre a gravidez atual, o pré-natal, orientações sobre os principais sinais e duração do trabalho de parto e as práticas durante o trabalho de parto e parto.

O tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. Do total (361), foram excluídas 153 mulheres pela avaliação dos critérios de exclusão e 19 não aceitaram participar, ficando cento e oitenta e nove (189) participantes como amostra final.

Logo depois, foi realizada análise descritiva dos dados coletados, em que foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis selecionadas para essa pesquisa, no intuito de se realizar a caracterização do perfil do pré-natal e identificar quais informações estão sendo repassadas durante as consultas de mulheres que foram atendidas em um centro obstétrico de um hospital universitário do Estado do Maranhão. Em seguida, foi feita uma análise estatística proveniente do uso do programa IBM SPSS Statistics 21.0, através do teste Qui-quadrado para a busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre as variáveis independentes, (orientações dos sinais e duração do trabalho de parto no pré-natal e na sala de parto, e informações sobre boas práticas no pré-natal e aplicação na parturição), e o teste Exato de Fisher quando os pressupostos do Qui-quadrado não foram satisfeitos.

Para realização da pesquisa em pauta foram levados em consideração os pressupostos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação da Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (COMIC-HUUFMA) e do CEP, aprovados de acordo com os seguintes pareceres da COMIC: 66/2016 (ANEXO C) e do CEP: 1.699.784 (ANEXO D), e aprovação do Colegiado do curso de Enfermagem (ANEXO E). As participantes foram orientadas sobre as características da pesquisa através do TCLE (APÊNDICE B) que foi assinado por todas, assegurando uma participação voluntária, o direito de retirar a autorização em qualquer fase da

pesquisa, sem penalizações e mantendo a privacidade quanto aos dados fornecidos durante a pesquisa.

5 RESULTADOS

CONFORMIDADE ENTRE AS ORIENTAÇÕES OFERECIDAS NO PRÉ-NATAL E AS PRÁTICAS APLICADAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

CONFORMIDADE ENTRE AS ORIENTAÇÕES OFERECIDAS NO PRÉ-NATAL E AS PRÁTICAS APLICADAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Conformity Between Guidelines Offered At Pre-Christmas And The Practices Applied To Labor Of Labor And Labor

Tayse de Oliveira Freitas¹

Paula Cristina Alves da Silva²

Laine Silva Serra³

Monniely Mônica Costa Gonçalves⁴

Mayara Pereira da Silva⁵

Autora correspondente:

Tayse de Oliveira Freitas

Rua do Aririzal, Condomínio D'Italy II bloco 10
apart. 104, bairro Cohama. São Luís – MA.

Email: freitastayse@gmail.com

1. Tayse de Oliveira Freitas. Acadêmica em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, - UFMA – São Luís (MA), Brasil.
2. Enfermeira Obstetra e Neonatologista, Mestre em Ciências em Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA – São Luís (MA), Brasil.
3. Acadêmica em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, Brasil.
4. Universidade Federal do Maranhão. Enfermeira Especialista em Saúde da Mulher, São Luís - MA, Brasil.
5. Enfermeira Obstetra, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, Brasil.

Conflito de interesses: não há

Agradecimentos: À todos que direta ou indiretamente, ajudaram a construir essa trajetória, a minha mais profunda gratidão.

RESUMO

Objetivo: Avaliar se há conformidade entre as informações ofertadas durante o pré-natal e as práticas aplicadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade escola de São Luís-MA. **Métodos:** Estudo quantitativo de corte transversal, retrospectivo, realizado com 189 puérperas no período de setembro a dezembro de 2016, com a aplicação de um formulário contendo 66 questões. Os dados foram analisados por meio de frequência simples e absoluta e pelo teste do Qui-quadrado para a busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre as variáveis independentes. **Resultados:** Da amostra, 43,9% foram informadas sobre o tipo de parto; 70,9% rompimento da bolsa amniótica; 75,7% e 82% respectivamente, contração e dor; 29,1% receberam informações dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e alimentação no trabalho de parto. Houve associação estatística entre o recebimento de informações no pré-natal e as variáveis fornecidas no trabalho de parto, quanto a contração ($p=0,023$), dor ($p=0,001$), duração do trabalho de parto ($p=0,010$), posições do parto ($p=0,044$) e amamentação ($p=0,001$). Por outro lado, não foi possível estabelecer essa relação estatística entre métodos não farmacológicos de alívio da dor ($p=1,000$) e alimentação durante o trabalho de parto ($p=0,764$). **Conclusão:** Conclui-se que há conformidade expressa tanto pela relação das orientações no pré-natal quanto à oferta e aplicação das práticas na sala de parto, e uma deficiência quanto ao repasse das informações sobre as práticas no trabalho de parto e parto. **Palavras-chave:** Assistência ao Parto; Educação em Saúde; Gestantes; Pré-Natal; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A gestação é considerada uma experiência individual, social e única para a mulher. É um momento especial e de grandes mudanças, principalmente fisiológicas, psicológicas, socioculturais e econômicas. Sendo assim, a assistência à mulher tem evoluído ao longo dos tempos com a implantação de políticas voltadas nessa temática com o objetivo de melhorar a saúde materna e promover um cuidado integral em todo o ciclo gravídico-puerperal^{1,2}.

Dentro dessa perspectiva, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Com a publicação do PAISM, marca-se uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, trazendo uma abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital, destacando-se a atenção ao pré-natal, pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal^{3,4}.

A fim de sistematizar essas ações, o MS instituiu por meio da Portaria/GM nº 569/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, que possui dentre seus objetivos assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido^{4,5}.

A Rede Cegonha, em 2011, foi criada pelo MS para intensificar as ações do PAISM e PHPN e buscar uma redução das taxas de mortalidade materno-infantil e do número excessivo de cesáreas. Esta, veio para organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; elaborar e implementar os Cadernos de Atenção Básica para qualificar o cuidado; possibilitar a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (plano de vinculação); e a adequação da ambiência das maternidades para o parto seguro e

humanizado. Além disso, proporcionar à criança um nascimento seguro e garantia de atenção integral desde o nascer até os 24 meses^{5,6}.

Nessa perspectiva, o MS vem promovendo discussões sobre essa temática e unificando a assistência por meio de manuais e guias práticos, como por exemplo “As diretrizes nacionais de assistência ao parto normal”, lançado em 2017, com o objetivo de promover boas práticas para a assistência ao parto e nascimento, devendo ser estimuladas e praticadas desde o pré-natal até o pós-parto. O intuito é ampliar a cobertura e justificar os serviços de saúde ao assistir a mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal^{6,7}.

O maior impacto gerado a partir da adoção desse novo modelo de assistência ao parto e nascimento é a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Mudanças na postura da população, conscientização dos profissionais e recursos suficientes são ferramentas que podem garantir a excelência na assistência à saúde da mulher. Para tanto, as práticas educativas são indispensáveis, e a educação em saúde traduz-se como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes, e é um dos modos estruturantes de práticas de saúde, sobretudo no pré-natal, para a promoção do parto normal^{7, 8, 9}.

Durante o pré-natal é ofertado consultas regulares e orientações por profissionais de saúde, onde são solicitados exames laboratoriais e de imagens, transcrição de medicamentos específicos às gestantes, avaliação física, e orientações em saúde, sendo esta última opção, indispensável para todas as consultas. O período de gestação por ser o mais propício para essas ações de educação em saúde, proporciona orientações necessárias em relação ao processo gestacional, mudanças corporais durante a gravidez, no trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação, esclarecimento das dúvidas e seus temores, informar as etapas de todo o processo do trabalho de parto e parto, de modo que elas possam compreender e servir como suporte durante a trajetória da parturição, possibilitando à essa mulher uma maior autonomia nesse processo^{3,8,9}.

Com isso, entende-se que na chegada da etapa da parturição, as orientações que a gestante recebeu durante as consultas servirão como uma preparação para a etapa do nascimento. Por isso, o Centro de Parto Normal faz uso de um modelo de assistência de cuidado, chamado de “Boas Práticas”, que deve ser o mais qualificado e humanizado possível, usando como suporte algumas medidas: o partograma, oferecer alimentos durante o trabalho de parto, variedade de posições, ser fiel com o

direito à privacidade, disponibilizar orientações e informações desejadas, incentivar posições não supinas durante o trabalho de parto, oferecer métodos não farmacológicos de controle da dor, como massagens, banhos e exercícios para relaxar, e reduzir o uso da episiotomia e de outras práticas consideradas desnecessárias^{9,10}.

Sendo assim, para a efetivação das condutas do pré-natal e das práticas aplicadas no trabalho de parto e parto, é necessário que os profissionais de saúde envolvidos estejam conscientes da importância da sua atuação e das necessidades de aliar o conhecimento técnico-científico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, que é o bem-estar e qualidade de vida da díade mãe e filho^{11,12}.

A comunicação entre as gestantes e os profissionais de saúde é um ponto primordial para manter essa relação entre as orientações oferecidas no pré-natal e as práticas aplicadas durante o parto, pois servirá como uma preparação efetiva para a maternidade. É nesse ponto que a consulta de enfermagem se torna importante, pois ela se constitui em um veículo legítimo de informações sobre os aspectos técnicos e tecnológicos do parto, as repercussões positivas à sua saúde e ao recém-nascido¹¹.

Logo, o trabalho com as mulheres nesse sentido deve ser ressignificado com a abrangência na produção de informações garantidas às gestantes desde o início da gestação, durante o acompanhamento pré-natal, criando oportunidade de envolvimento da mulher e de seus familiares, na promoção do parto normal. A consulta à gestante pode ser usada como uma ferramenta propícia ao acolhimento e vínculo na rede de serviços de saúde, e como um momento privilegiado de preparo da gestante para o que virá posteriormente^{8,12}.

Baseado nessas proposições levantadas, traz-se como questão norteadora: As gestantes estão sendo devidamente orientadas nas consultas de pré-natal sobre as boas práticas no trabalho de parto e parto? E como hipótese: As orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal em relação às boas práticas são superficiais e não correspondem às necessidades e práticas durante a parturição. Quanto ao objetivo geral é avaliar se há conformidade entre as informações oferecidas no pré-natal e as práticas aplicadas durante o trabalho de parto e parto, e como objetivos específicos: levantar quais orientações são repassadas às gestantes sobre o trabalho de parto e parto durante as consultas de pré-natal, relacionar se as mulheres foram

orientadas sobre trabalho de parto e parto no pré-natal e caracterizar o perfil de acompanhamento do pré-natal na gestação atual.

Dessa forma, o interesse por essa temática surgiu durante a vivência acadêmica, especificamente nas práticas de Saúde da Mulher, onde pode-se observar, de maneira geral, a importância da assistência no pré-natal com foco na educação em saúde e os benefícios dessas informações durante o trabalho de parto e parto.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de corte transversal, integrante de um projeto de maior abrangência, denominado de “BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: avaliação em um hospital universitário”, que tem como objetivo avaliar as boas práticas de assistência ao parto e nascimento em um hospital universitário.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), especificamente na Unidade de Internação Obstétrica - Alojamento Conjunto (ALCON), área destinada ao acolhimento de puérperas e recém-nascidos. A escolha desse hospital foi por ser um local em que há maior captação de gestantes e pela vivência durante as práticas do curso. O HUUFMA é um órgão integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, que atende mulheres de baixo e alto risco, localizado na Rua Silva Jardim, nº 215, Centro, São Luís-MA. Já o ALCON, que dispõe de sessenta e cinco (65) leitos dispostos em duas alas (Ala E e A), está localizado no terceiro andar da Unidade Materno Infantil (UMI) do HUUFMA.

A população do estudo foi constituída por todas as mulheres em pós-parto ocorrido no Centro Obstétrico (CO) da UMI, admitidas no ALCON nos meses de setembro a dezembro de 2016 e que atendiam aos critérios de inclusão, são todas as mulheres que tiveram gestação múltipla ou de feto único, idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, que realizaram parto vaginal no CO da UMI e permaneceram no setor pelo menos uma (1) hora entre a admissão e o parto. Entre os critérios de não inclusão, foram utilizados os seguintes: mulheres com óbito fetal, as que foram submetidas à curetagem, as com recém-nascido grave ou encaminhado a Unidade de

Terapia Intensiva Neonatal e aquelas que não apresentaram condições clínicas ou psicológicas para responder o questionário.

A coleta de dados foi realizada em todos os dias da semana, incluindo os feriados, através de um formulário constituído por sessenta e seis (66) questões, e deste total, treze (13) questões, que estão em negrito, foram utilizadas para este estudo, referentes a informações sobre a gravidez atual, o pré-natal, orientações sobre os principais sinais e duração do trabalho de parto e as práticas durante o trabalho de parto e parto. O tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. Do total (361), foram excluídas 153 mulheres pela avaliação dos critérios de exclusão e 19 não aceitaram participar, ficando cento e oitenta e nove (189) participantes como amostra final.

Logo depois, foi realizada análise descritiva dos dados coletados, em que foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis selecionadas para essa pesquisa, no intuito de se realizar a caracterização do perfil do pré-natal e identificar quais informações estão sendo repassadas durante as consultas de mulheres que foram atendidas em um centro obstétrico de um hospital universitário do Estado do Maranhão. Em seguida, foi feita uma análise estatística proveniente do uso do programa IBM SPSS Statistics 21.0, através do teste Qui-quadrado para a busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre as variáveis independentes, (orientações dos sinais e duração do trabalho de parto no pré-natal e na sala de parto, e informações sobre boas práticas no pré-natal e aplicação na parturição), e o teste Exato de Fisher quando os pressupostos do Qui-quadrado não foram satisfeitos.

Para realização da pesquisa em pauta foram levados em consideração os pressupostos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação da Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (COMIC-HUUFMA) e do CEP, aprovados de acordo com os seguintes pareceres da COMIC: 66/2016 e do CEP: 1.699.784, e aprovação do Colegiado do curso de Enfermagem. As participantes foram orientadas sobre as características da pesquisa através do TCLE que foi assinado por todas, assegurando uma participação voluntária, o direito de retirar a autorização em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações e mantendo a privacidade quanto aos dados fornecidos durante a pesquisa.

RESULTADOS

Durante o período correspondente a coleta de dados, ocorreram 361 partos na instituição, e destes, 189 puérperas participaram desta pesquisa.

Observa-se na Tabela 1, que todas as participantes realizaram pré-natal, e do total 65,1% (n= 123) com seis (6) consultas ou mais, sendo que 76,2% (n=144) fizeram na rede pública pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e 65,1% (n= 123) das puérperas tiveram consultas com médicos e enfermeiras. O plano de parto, que é um documento que deveria ser elaborado durante o pré-natal, não foi feito por nenhuma das mulheres (n=189).

Tabela 1. Caracterização do perfil de acompanhamento do pré-natal na gestação atual de mulheres atendidas em um hospital universitário de São Luís – MA, 2018.

Características	N	%
Fez pré-natal		
Sim	189	100,0
Não	0	0,0
Número de consultas de pré-natal		
<6	66	34,9
≥6	123	65,1
Onde fez o pré-natal		
SUS	144	76,2
Rede Privada	10	5,3
SUS + Rede Privada	35	18,5
Com quem realizou o pré-natal		
Médico	39	20,6
Enfermeiro	27	14,3
Médico + Enfermeiro	123	65,1
Formulou plano de parto durante o pré-natal		
Sim	0	0,0
Não	189	100,0

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Na Tabela 2, 43,9% (n=83) receberam informação sobre os tipos de parto. Em relação aos sinais de alerta, 66,1% (n=125) foram orientadas sobre sangramento, 70,9% (n=134) sobre rompimento da bolsa amniótica e 75,7% (n=143) sobre ausência de movimentos fetais; aos sinais de trabalho de parto, 73,5% (n=139) receberam orientações sobre a perda do tampão mucoso, 75,7% (n=143) sobre contração e 82% (n=155) quanto à dor; 31,7% (n=60) referiram orientação sobre a duração do trabalho de parto; 29,1% (n=55) sobre o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e alimentar-se durante o trabalho de parto, e 30,7% (n=58) sobre a variedade de posição para parir. Quanto ao direito ao acompanhante, 61,4% (n=116) receberam orientação e 68,3% (n=129) sobre o ato de amamentar.

Tabela 2. Caracterização das informações ofertadas ou não às mulheres no pré-natal sobre trabalho de parto e parto em um centro obstétrico de um hospital universitário de São Luís-MA, 2018.

Características	Sim		Não	
	N	%	N	%
Informada no pré-natal:				
Tipos de Parto	83	43,9	106	56,1
Sinais de alerta:				
Sangramento	125	66,1	64	33,9
Rompimento da bolsa amniótica	134	70,9	55	29,1
Ausência de movimentos fetais	143	75,7	46	24,3
Sinais de trabalho de parto:				
Perda do tampão mucoso	139	73,5	50	26,5
Contração	143	75,7	46	24,3
Dor	155	82,0	34	18,0
Duração do trabalho de parto	60	31,7	129	68,3
Métodos não farmacológicos de alívio da dor	55	29,1	134	70,9
Alimentação no trabalho de parto	55	29,1	134	70,9
Variedade na posição de parir	58	30,7	131	69,3
Direito a acompanhante	116	61,4	73	38,6
Amamentação	129	68,3	60	31,7

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Na Tabela 3, observa-se a relação das orientações sobre os principais sinais e duração do trabalho de parto no pré-natal e na sala de parto. Houve uma significância estatística entre as informações sobre contração e o que fazer durante a contração ($p=0,023$), sendo que do total, 92,3% ($n=132$) das mulheres foram orientadas nos dois momentos, e 19,6% ($n=9$) não receberam informação no pré-natal e nem no Centro Obstétrico (CO); sobre as informações de dor tanto no pré-natal quanto na sala de parto ($p=0,001$), visualizando que 72,9% ($n=113$) das participantes foram orientadas nos dois momentos e 58,8% ($n=20$) em nenhum; e, por último, a duração do trabalho de parto apresentando uma relação significativa tanto no pré-natal quanto na sala de parto ($p=0,010$), com 66,7% das puérperas cientes da duração do processo parturitivo e 53,5% ($n=69$) completamente desinformadas.

Tabela 3: Distribuição das informações no pré-natal associado às orientações no trabalho de parto em um centro obstétrico de um hospital universitário em São Luís- MA, 2018.

Informações no Pré-Natal	Orientações na Sala de parto				<i>p</i> - valor ¹	
Sinais de trabalho de parto: Contração	O que fazer no momento das contrações					
		Sim		Não		0,023
		N	%	N	%	
	Sim	132	92,3	11	7,7	
Não	37	80,4	9	19,6		
Sinais de trabalho de parto: Dor	Intensidade da Dor					
		Sim		Não		0,001
		N	%	N	%	
	Sim	113	72,9	42	27,1	
Não	14	41,2	20	58,8		
Duração do trabalho de parto	Duração do trabalho do parto					
		Sim		Não		0,010
		N	%	N	%	
	Sim	40	66,7	20	33,3	
Não	60	46,5	69	53,5		

Notas: 1- Teste de Qui-quadrado de Pearson ($p<0,05$); Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados.

Na Tabela 4, observa-se a relação das principais informações sobre boas práticas e a aplicação no trabalho de parto e parto. Não houve significância estatística entre as informações sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD) e a oferta dos métodos na sala de parto ($p=1,000$). Do total, 98,5% ($n=132$) não receberam nenhum tipo de orientação sobre eles, em compensação foi ofertado alguns desses métodos na sala de parto; assim como, entre as informações sobre alimentação e a oferta de alimentos leves durante o trabalho de parto ($p=0,764$). Por essa relação, infere-se que 87,3% ($n=48$) recebeu orientações no pré-natal e foi ofertada algum tipo de alimento e líquidos (sopa, suco e água) durante o trabalho de parto, e 12,7% ($n=7$) não aceitaram nada.

Por outro lado, houve uma relação de significância entre informações do pré-natal sobre posições do parto e a escolha da posição na sala de parto ($p=0,044$) e, sendo que 68,7% ($n=90$) não chegaram a ser orientadas no pré-natal sobre esse item e nem tiveram a possibilidade de escolher a posição para ter o bebê. Quanto a essa mesma variável (informações das posições do parto) do pré-natal e a posição do parto na sala de parto, não foi possível estabelecer uma relação estatística, mas observa-se que 71% ($n=93$) pariram na posição ginecológica, mesmo não tendo sido informadas durante o acompanhamento pré-natal e 29% ($n=38$) tiveram o bebê em uma posição alternativa, mesmo esse tema não tendo sido abordado nas consultas.

Ao mesmo tempo, por meio da análise estatística foi possível estabelecer uma relação entre informação sobre amamentação no pré-natal e o estímulo dela após o parto ($p=0,001$), onde o maior percentual, 77,5% ($n=100$) é voltado para puérperas que foram tanto orientadas nas consultas quanto foi permitido amamentar na sala de parto. Em relação ao direito de acompanhante de livre escolha não foi necessário estabelecer através do teste estatístico, pois a amostra foi de 100% ($n=189$) mulheres que foram orientadas sobre esse direito e que durante o trabalho de parto e parto foi permitido ficar com a pessoa de sua preferência.

Tabela 4: Distribuição das informações no pré-natal associado às práticas no trabalho de parto e parto em um centro obstétrico de um hospital universitário em São Luís- MA, 2018.

Informações no pré-natal	Boas práticas na sala de parto				p-valor ¹	
Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Oferta dos métodos alternativos na sala de parto ²					
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
	Sim	54	98,2	1	1,8	1,000*
Não	132	98,5	2	1,5		
Alimentação durante o trabalho de parto	Oferta de comida na sala de parto ³					
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
	Sim	48	87,3	7	12,7	0,764
Não	110	82,1	24	17,9		
Posições do parto	Escolheu a posição de ter o bebê					
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
	Sim	27	46,5	31	53,5	0,044
Não	41	31,3	90	68,7		
	Posição do Parto					
	Ginecológica		Alternativa ⁴			
	N	%	N	%		
Sim	35	60,3	23	39,7	0,149	
Não	93	71,0	38	29,0		
Amamentação	Estimulou a amamentação					
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
	Sim	100	77,5	29	22,5	0,001
Não	30	50,0	30	50,0		

Notas: 1- Teste de Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$); 2- cavalinho, banquetta, bola de nascimento, movimento do quadril, massagem, exercícios de respiração, aromaterapia, musicoterapia, ambiente silencioso e penumbra; 3- água, chá, suco, sopa; 4 – de quatro, cócoras (no chão ou em cima do leito), deitada de lado, sentada e de pé; *Exacto de Fisher; Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados.

DISCUSSÃO

O cuidado pré-natal pode ser definido como o cuidado prestado por profissionais de saúde qualificados para atender mulheres grávidas, a fim de garantir as melhores condições de saúde tanto para mãe quanto para o bebê, tendo como componentes essenciais: a identificação dos riscos, prevenção de doenças relacionadas à gestação, educação e promoção da saúde durante todo o ciclo gravídico-puerperal¹³.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio do Ministério da Saúde (MS), instituiu o número de consultas no pré-natal igual ou superior a 6 (seis) para mulheres que não apresentam nenhuma complicação e são consideradas de risco habitual, sendo mensais até as 28 semanas, e posteriormente quinzenais (entre 28 e 36) e semanais (de 36 até 41). Além disso, a captação precoce com a realização da primeira consulta até 120 dias da gestação, os exames laboratoriais e as ações de educação em saúde também fazem parte do programa, como forma de melhorar a assistência à esse público específico^{11,14}.

Em relação as participantes dessa pesquisa, todas realizaram pré-natal com predomínio de seis consultas ou mais. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado em uma maternidade escola do Ceará¹⁵, onde 37 puérperas fizeram pré-natal, predominando um quantitativo de seis ou mais, com média de sete consultas (32,4%). Da mesma forma, em outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro¹⁶, com gestantes atendidas em unidades básicas de saúde, notou-se que a média da idade gestacional no início do pré-natal foi de 13 semanas, sendo que do total 74,4% apresentaram início precoce e apenas 2% iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre gestacional.

Em síntese, o pré-natal, se realizado mensalmente, pode ajudar a detectar doenças, prevenir desde complicações durante a gravidez e parto, proporcionar um bom desenvolvimento fetal e infantil, além de ser essencial para criação de vínculo e diálogo entre a equipe de saúde, principalmente da Enfermagem, considerada a indutora de práticas educativas na saúde das gestantes^{14,17}.

Quanto ao acompanhamento pré-natal, nessa pesquisa, prevaleceu a adesão ao Sistema Único de Saúde (SUS) com consultas alternadas entre médicos e enfermeiras. O MS preconiza que no mínimo duas (2) consultas devem ser realizadas pelo profissional de medicina e as demais pela Enfermagem, desde que a gestante

em questão seja de baixo risco¹⁸. Dessa forma, constatou-se em uma pesquisa desenvolvida com mulheres que fizeram pré-natal na rede de atenção básica do município de Goiás¹, que 42,7% das participantes realizaram o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Família, e destas, 53,6% foram atendidas, apenas, pelo médico e 45,4%, por médicos e enfermeiras. Fato similar também ao de outro estudo¹⁹, realizado por meio de levantamento documental em uma maternidade do Rio Grande do Sul (RS), onde das 189 participantes, 93,1% (176) realizaram pré-natal pelo SUS.

Todavia, sabe-se que na realidade brasileira essa assistência ainda é falha, decorrente das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, início tardio, número inadequado de consultas, realização incompleta dos procedimentos preconizados, a falta de vinculação à maternidade, além de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais. Por isso, faz-se necessário a presença de profissionais capacitados e a garantia de acesso aos serviços de qualidade²⁰.

Neste sentido, o preparo da gestante para o processo de parturição deve ser iniciado ainda no pré-natal, e a educação em saúde é a peça-chave no processo de humanização do parto. Assim, durante as consultas, os profissionais devem levar em consideração as crenças e valores das mulheres, adotando uma postura ética e ao mesmo tempo sensível, com o intuito de viabilizar a construção do plano de parto (PP), que é um instrumento recomendado pela OMS, mas que ainda tem adesão mínima, onde pode-se esboçar os desejos e expectativas para o momento do parto¹⁷.

Logo, constatou-se nesse estudo que nenhuma das puérperas elaborou o PP. Esses dados divergem do estudo realizado durante um biênio no Hospital Clínico Universitário Virgen de La Arrixaca (Espanha)²¹, no qual foram analisados 9303 (nove mil trezentos e três) partos durante o biênio de 2011-2012, dos quais 2,6% (240) da amostra apresentaram o PP. Sob o mesmo ponto de vista, em outra pesquisa feita em um hospital de terceiro nível do Sistema de Saúde Pública da Andaluzia (Espanha)²², traz que 63% das mulheres tiveram o plano cumprido ou realizado com, no máximo, 50% de suas requisições, e com apenas 8% houve total execução e satisfação pelo cumprimento das expectativas.

Em outra pesquisa, realizada em 21 unidades básicas de saúde (UBS) dos distritos da região Norte e de Venda Nova da cidade de Belo Horizonte, foram realizadas 32 rodas de conversa no período de março a novembro de 2014 com 84

gestantes, a fim de informá-las sobre o plano de parto. Do total das participantes, 84 atenderam à proposta de preenchimento do plano de parto¹⁷.

Assim, as dificuldades que podem levar ao não cumprimento do PP estão associados as normas institucionais e ao curso do processo da parturição, que podem impossibilitar o cumprimento das exigências do PP, e com isso modificar esse planejamento, além da não cooperação profissional em atender o que está descrito no documento. Mesmo assim, é importante que esse plano seja construído pela mulher e compartilhado com o profissional de saúde que a atende, permitindo a construção do vínculo entre Enfermeira e gestante, respeitando desse modo a ideia de que cada mulher é única, assim como cada parto, e suas particularidades precisam ser respeitadas e atendidas^{21, 23}.

Por outro lado, ao analisar as características das informações no pré-natal sobre trabalho de parto e parto (Tabela 2), observa-se que a maioria referiu não ter sido informada quanto ao tipo de parto, o que sugere falha na comunicação. Em contrapartida, a maior parte recebeu informações sobre sangramento, rompimento da bolsa amniótica, ausência de movimentos fetais, perda do tampão mucoso, contração e dor, e uma minoria sobre a duração do trabalho de parto.

No estudo realizado em duas unidades básicas de saúde de Pernambuco²⁴, constatou-se que 90% das gestantes foram orientadas sobre questões que envolvem o parto. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa realizada com 30 gestantes da Estratégia Saúde da Família de Cáceres-MT²⁵, onde foi analisado as percepções das mulheres sobre educação aos sinais de parto. 60% afirmaram terem sido orientadas sobre os sinais de parto, porém 40% relataram que esse assunto não foi abordado nas consultas.

Ainda em Cáceres-MT²⁵, também foi possível avaliar os fatores que dificultaram o entendimento das mulheres em relação as orientações repassadas. A maioria das gestantes (40%) relataram cansaço pela espera do atendimento e 17% pelo uso de termos complicados pelos profissionais de saúde. Em suma, cabe a Enfermeira explicar e tranquilizar a mulher quanto aos sinais previstos de início do trabalho de parto, da possibilidade de ruptura da bolsa, bem como dos procedimentos relacionados ao parto utilizando uma linguagem clara e objetiva.

A princípio, para que seja possível fortalecer a autonomia das gestantes é imprescindível que os profissionais de saúde incentivem o empoderamento da mulher. Sendo assim, a escolha pela via ou tipo de parto deve ser construído a partir do

autoconhecimento, das experiências anteriores, expectativas e, principalmente do acesso às informações que o profissional deverá dispor. No estudo realizado com 361 puérperas em um hospital universitário do Sul do Brasil²⁶, 74 mulheres (20,5%) foram questionadas sobre qual era sua via de parto desejada e participaram da decisão sobre o tipo de parto ao qual foram submetidas. Ressalta-se ainda, que 260 mulheres (72,0%) não foram questionadas quanto a sua preferência em relação ao tipo de parto.

A mulher que está sendo acompanhada pela rede pública de saúde, tem como primeira opção o parto normal. Todavia, infere-se que nem sempre é possível escolher a via de parto de acordo com a preferência da parturiente, há que se considerar as condições obstétricas. Devido a insuficiência de informações pelos profissionais, ela vai em busca de outras fontes, a fim de ouvir as experiências de amigas e familiares que já tiveram filhos. Mesmo assim, ao chegar na maternidade, o medo e a dor acabam sendo um fator levado em consideração para a escolha cirúrgica, mesmo essa gestante não tendo indicação obstétrica para tal procedimento^{26, 27}.

Em contrapartida, na rede privada, a mulher pode ter a opção por parto ou cesariana, a depender do profissional que a acompanha. Sobretudo, pode-se afirmar que apesar de não ter muitas escolhas, há necessidade do profissional que presta assistência pré-natal, orientar as gestantes quanto às diferenças das vias de parto e os benefícios e desvantagens, para que ao final, ela esteja consciente da via escolhida^{27, 28}.

Em relação ao sinais de alerta para o trabalho de parto, muitas mulheres sentem-se inseguras por não saber o momento certo de ir para maternidade. Essa insegurança pode deixar passar despercebido alguns sinais indicativos, como o sangramento, o desprendimento do tampão mucoso, o rompimento da bolsa d'água e até mesmo a ausência dos movimentos fetais.

De acordo com esses fatos, na pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Vereador Lahyre Rosado, em Mossoró/RN²⁹, questionou-se quais os principais sinais indicativos das gestantes quando estão entrando em trabalho de parto. Do total, sete (7) relataram que o reconhecimento é feito pela perda de líquido e rotura da bolsa associada as cólicas e contrações, e três (3) sobre as cólicas e contrações. Assim, fica evidente a importância de serem bem assistidas no pré-natal, a fim de reduzir o número de mulheres que chegam ao final da gestação sem saber identificar o início do trabalho de parto.

Quanto a dor, há evidências que o medo e a ansiedade em níveis moderados podem contribuir para aumentá-la significativamente ao longo do processo da parturição. Durante a coleta de dados, a maioria das participantes afirmaram terem sido orientadas quanto a esse sinal de trabalho de parto. Uma pesquisa realizada em agosto de 2006 no Rio Grande do Sul (RS)³⁰, em uma maternidade escola, refere que a dor está muito associada ao parto vaginal, sendo relatada a preferência da cirurgia cesariana, para não ter que vivenciar a “dor do parto”.

Neste sentido, é imprescindível que o profissional oriente essa mulher sobre as etapas e técnicas para o alívio da dor, assim como, o período de duração do parto. Nota-se que na presente pesquisa, uma minoria da amostra recebeu informação sobre a duração do trabalho de parto. No estudo realizado em um hospital público de Fortaleza³¹, percebe-se através das falas, que a demora do trabalho de parto e o período expulsivo prolongado aumentam o desconforto das mulheres ao sentirem-se angustiadas e cansadas, frente à demora do processo.

Quanto às práticas obstétricas dos métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD), alimentação durante o trabalho de parto e variedades de posições ao parir, a maioria das participantes não foram orientadas durante as consultas de pré-natal. Infere-se a partir desses dados, a possível deficiência na assistência pelos profissionais e o despreparo da gestante ao chegar na etapa da parturição.

Por outro lado, a OMS recomenda e orienta que os MNFAD sejam encorajados e divulgados amplamente nas maternidades em geral, pois são considerados como uma das tecnologias não invasivas de cuidados da fisioterapia e enfermagem, proporcionando conforto físico e emocional às mulheres, e podendo ser utilizado em conjunto com a administração de fármacos, quando necessário³¹. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa que avalia o conhecimento das puérperas em uma maternidade filantrópica de Sorocaba (SP)³² em relação aos métodos de alívio da dor. Destas 120 mulheres, 23,3% diziam ter conhecimento, e 76,7% desconheciam esses métodos. Isso leva a uma reflexão sobre as causas do problema relacionado à falta de conhecimento e preparo dessas mulheres.

Em relação a ingesta de alimentos, é fundamental que as mulheres estejam orientadas sobre a possibilidade da alimentação, pois a ingestão de alimentos leves, além de não causar transtornos relevantes durante o parto, propicia melhores condições físicas no período expulsivo. Ainda há uma deficiência quanto ao repasse dessa informação no pré-natal. No estudo realizado em um Hospital Universitário de

São Paulo⁶, a possibilidade de ingestão de líquidos durante o trabalho de parto foi percebida pelas mulheres de maneira positiva.

O Trabalho de parto (TP) requer elevada perda de energia, assim é necessário que se faça a reposição das calorias gastas, a fim de garantir o bem-estar materno e fetal. A restrição severa de ingestão oral pode levar a desidratação e cetose na mulher, podendo prejudicar a evolução do parto, e em alguns casos favorecendo a hipoglicemia neonatal¹⁹.

Assim como na alimentação, a informação da variedade de posição ao parir revela-se insuficiente. Na pesquisa realizada em uma maternidade do RS¹⁹, constatou-se como principal posição adotada pelas parturientes, a litotômica ou semissentada (89,8%). Apesar disso, deve-se levar em consideração que, por mais que existe preferência por uma posição, é necessário que seja avaliado o estado de saúde materno-fetal, o andamento do trabalho de parto, possíveis contraindicações obstétricas e a adoção ou não das boas práticas²⁸.

No que se refere à liberdade de escolha do acompanhante, a maior parte das puérperas dessa pesquisa foram orientadas quanto ao assunto. Vale ressaltar que, a presença desse acompanhante passou a ser lei a partir de 2005 e todos os estabelecimentos de saúde devem executá-la. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa *Nascer no Brasil*, onde 75% das mulheres que participaram, tiveram um acompanhante de sua preferência em algum momento do parto¹⁷.

O mesmo acontece em relação à amamentação, que nessa pesquisa apresentou um percentual elevado. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Carvalho *et al.*²⁵, em que 83% das mulheres afirmaram terem sido orientadas sobre aleitamento materno e no de Barbieri *et al.*³³, realizado em Maringá-PR, teve um alcance de 58,3%. Sabe-se que, o aleitamento materno é uma prática bem difundida pelo MS, e o profissional da Enfermagem assume as ações de promoção à essa prática no serviço de atenção básica.

É essencial que os serviços de saúde forneçam as informações que as gestantes devem receber durante o trabalho de parto e parto, pois no momento da internação as orientações dos profissionais de saúde deverão ser percebidas como um reforço do processo de educação em saúde realizado no pré-natal. Desse modo, percebe-se que o comportamento durante a etapa da parturição pode depender essencialmente da assistência prestada no pré-natal, bem como do contexto socioeconômico e dos valores culturais²⁵.

Em relação a Tabela 3, a pesquisa aponta que as informações ofertadas no pré-natal e na sala de parto sobre os sinais de trabalho de parto foram significativas, apresentando um percentual elevado em relação a contração, dor e duração do trabalho de parto, além de serem importantes para identificação desse momento e aplicação de medidas que possam ajudar as mulheres durante o transcorrer do processo de parturição.

No que concerne aos sinais de trabalho de parto, a mulher pode sentir-se mais segura e confiante ao receber informações desde o pré-natal, o que pode lhe dar a oportunidade de realizar mais pesquisas sobre o assunto e uma melhor preparação para o parto. O estudo de Freire *et al.*¹⁵, traz que 67,5% das mulheres referiram não ter conhecimento algum sobre os acontecimentos do processo parturitivo. Diferentemente, da pesquisa realizada em um hospital escola de alta complexidade para a assistência materno-infantil em Recife³⁴, onde 76% das entrevistadas receberam informação durante o TP e parto.

O “medo da dor” é um dos fatores que caracterizam o anseio da gestante no momento do parto. Quanto mais orientada essa mulher chega na maternidade, melhores são as chances de vivenciar o parto de forma mais positiva. Por isso, a comunicação profissional-paciente determina consideravelmente a satisfação no atendimento durante a parturição. Assim, é importante não só as informações, mas um preparo efetivo no pré-natal^{15, 26}.

Em relação a Tabela 4, após aplicação do teste Qui-quadrado, os resultados relacionados ao pré-natal e trabalho de parto mostram que a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa e foi avaliado o conhecimento sobre os MNFAD no pré-natal com a oferta desses métodos na sala de parto, a alimentação no trabalho de parto e o tipo de posição do parto (ginecológica ou alternativa). Em compensação, foi possível obter essa relação significativa ($p < 0,05$ ou 5%), quando comparada as variáveis de mulheres que receberam ou não informações sobre posições do parto e a escolha da posição para ter o bebê; e orientações sobre amamentação e o estímulo após o parto.

Quando se avalia que uma pesquisa tem significância estatística ou não pelo p-valor, é para avaliar o menor risco possível de se cometer um erro. Se o valor estiver abaixo de 5% é possível estabelecer uma conclusão, diferentemente quando o número é maior, não tendo condições para obter um resultado conclusivo. Com isso, ao relacionar a variável dos MNFAD, observa-se que não houve significância

estatística entre as informações sobre os métodos e a oferta deles na sala de parto ($p=1,000$). Todavia, isso não quer dizer que essa relação não seja eficaz. Fato comprovado pelo percentual de mulheres em que foi ofertado algum desses métodos (cavalinho, banqueta, bola de nascimento, movimento do quadril, massagem, exercícios de respiração, aromaterapia, musicoterapia, ambiente silencioso e penumbra). Da mesma forma que algumas práticas podem ter significância estatística e na prática serem irrelevantes.

No estudo realizado no Centro de Parto Normal de uma maternidade em São Paulo³⁵, foi avaliado com puérperas o impacto da intervenção educativa na implementação de melhores práticas na assistência ao parto normal, traz que embora, também, não tenha havido diferença, estatisticamente significativa, a deambulação e a massagem durante o trabalho de parto foram os métodos não farmacológicos de alívio da dor mais empregados após a intervenção.

Almeida *et al.*³², em sua pesquisa, relata que a Enfermeira foi a profissional que mais recomendou o uso desses métodos às parturientes (61%), e que 71% das mulheres utilizaram o banho de chuveiro, a deambulação, a massagem lombossacral, o relaxamento muscular e os exercícios respiratórios para aliviar a dor durante a fase ativa do trabalho de parto, a partir da orientação e recomendação da equipe de Enfermagem. Definitivamente, isso mostra a importância das orientações durante o pré-natal, não só em relação ao período gestacional mas também quanto aos procedimentos que serão realizados no parto, aliadas às orientações no seu decorrer, desde a admissão até o encaminhamento para a sala de parto.

Em relação a oferta de alimentos, não houve significância ($p=0,764$) quanto às informações sobre alimentação no pré-natal e no momento do trabalho de parto. Todavia, foi alto o percentual de mulheres que receberam essa orientação e oferecido algum tipo de alimento leve ou líquidos pela equipe de saúde, como mingau, sopa e água. A oferta de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto é considerada um ato de respeito à autonomia da mulher, sendo recomendada pela Rede Cegonha, uma vez que a parturiente necessita manter-se hidratada e com um aporte calórico adequado, a fim de facilitar o processo parturitivo^{17,19}.

Quanto a posições do parto há uma divergência em relação ao resultado, pois foi possível obter uma relação estatística entre informações do pré-natal sobre posições do parto e a escolha da posição na sala de parto ($p=0,044$). Diferentemente quando é feito o cruzamento com a posição em si do parto, tendo a mulher a opção

ginecológica e as alternativas (de quatro, deitada, de cócoras, sentada e em pé), não foi possível gerar um valor significativo ($p=0,149$). Com isso, infere-se que o percentual foi relativamente alto de mulheres que não foram informadas, não tiveram a opção de escolha e pariram na posição horizontal.

Quanto ao direito do acompanhante, foi a única variável da pesquisa em que alcançou-se os 100% ($n=189$) da amostra. A presença deste pode ser evidenciada como um método não farmacológico para alívio da dor, visto que a assistência de alguém do meio familiar da parturiente pode vir a ser um fator de relaxamento.

Com relação a amamentação, o percentual de puérperas orientadas no pré-natal e estimuladas após o parto foi relativamente e estatisticamente significativo ($p=0,001$), o que demonstra tanto sua efetividade pelo percentual quanto a sua relevância na prática.

Em síntese, a atenção qualificada da Enfermagem Obstétrica além de estar associada à melhoria dos indicadores de assistência, é um dos pilares para o processo da humanização do parto, além de desempenhar um papel importante no tocante à prevenção e promoção como agente educador durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

CONCLUSÃO

Conclui-se com essa pesquisa que há uma defasagem entre as orientações e as boas práticas aplicadas na sala de parto, sendo evidenciado pelos resultados encontrados nesse estudo. Dessa forma, prestar uma assistência de forma holística, promovendo a saúde, o conhecimento e bem-estar de cada gestante propicia condições favoráveis para vivenciar este momento, que também refletirá na saúde do concepto.

Com a análise dos dados obtidos nesse estudo, fica claro que as orientações repassadas às gestantes não estão sendo adequadas, pois a maioria das participantes receberam informações sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto, direito ao acompanhante e amamentação, em contrapartida, há um déficit em relação as principais práticas realizadas no trabalho de parto, que pode ser inferido pela deficiência nas políticas de saúde da mulher que não estão sendo efetivamente

implementadas em todos os setores, o que interfere na assistência prestadas às gestantes. Da mesma forma, os profissionais de saúde ainda estão nesse processo de adaptação e implementação das práticas da parturição durante as consultas de pré-natal.

A avaliação entre as orientações no pré-natal com as práticas no trabalho de parto e parto mostra concordância expressa pela relação das informações no pré-natal quanto à oferta e aplicação na sala de parto, ao observar as variáveis dos sinais de alerta (contração, dor), duração do trabalho de parto, aplicação de técnicas para alívio da dor, alimentação e amamentação, diferentemente quando se relaciona posições do parto com a escolha e o tipo da posição do parto.

Dessa maneira, é importante que seja incentivada a realização de outros estudos dentro dessa temática, visando abranger aspectos que não foram abordados nessa pesquisa, a fim de nortear a melhora da assistência pré-natal e do trabalho de parto e parto no hospital onde foi possível realizar a pesquisa. E como sugestões propor oficinas aos profissionais de saúde; mesas de diálogo entre mulheres, gestores e profissionais a fim de contribuir para uma assistência de forma mais íntegra e qualificada.

A educação em saúde é um item importante para propor informações pertinentes às gestantes, sanando suas dúvidas com uma linguagem clara e objetiva, devendo ser realizado individualmente ou em grupo, de forma que elas possam chegar mais preparadas ao processo da parturição. Assim, quando a mulher, o parceiro e familiares adquirem mais conhecimento sobre a gestação e parturição, podem experimentar sentimentos satisfatórios, uma vez que tem melhor percepção e compreensão de todo o processo.

REFERÊNCIAS

1– Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, abr./jun. 2013; 15(2): 516–522. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>.

2– Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Revista Mineira de

Enfermagem, Belo Horizonte, julho 2012. 16(3): 315-323. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>.

3- Cruz RSBLC, Caminha MFC, Filho MB. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. Revista Brasileira de Ciência da Saúde, 2014; 18(1): 87-94. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780/11722>>.

4- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php>.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Ceará. Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>.

6- Wei CY, Gualda DMR, Santos Júnior HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, out/dez, 2011; 20(4): 717-725. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida; Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>.

8- Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. Rev. Rene, Fortaleza, 2011 jul./set; 12(3): 548-54. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12483/1/2011_apcosta.pdf>.

9- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.htm>

10- Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Revista Escola Enfermagem - USP, 2006; 40(2):274-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200017>>.

11– Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Neto ETS. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7): 1999-2010, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000701999&script=sci_abstract&tlng=pt>.

12– Pereira MO, Rodrigues AFM, Brandão MBF, Soares MM, Rodrigues SM, Dias CA. Conformidade das estratégias utilizadas na assistência do pré-natal com as normas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em Governador Valadares. Universidade Federal de Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2016/anais/demografia/381-644-1-SM.pdf>>.

13- World Health Organization (Ch). Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [cited 2017 May 25] Available from: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912eng.pdf>>.

14- Ragagnin MV, Marchiori MRCT, Diaz CMG, Nicolli T, Pereira SB; Silva LD. Abordagem da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado no pré-natal: uma visão narrativa. *Rev Fund Care Online*. Out / dez. 2017; 9(4): 1177-1182. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1177-1182>>.

15- Freire HSS, Campos FC, Castro RCMB, Costa CC, Mesquita VJ, Viana RAA. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev. Enferm UFPE [online]*, Recife, jun., 2017; 11(6): 2357-67. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23398/19057>>

16- Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro Mar. 2012; 28(3) DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>>.

17– Gomes RPC, Silva RS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. *REME – Rev. Min Enferm.* 2017; 21:e-1033. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1169>>.

18- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

19- Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev*

Gaúcha Enferm. 2015; 36: 94-101. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>>.

20- Nunes ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à Assistência Pré-Natal no Brasil: Análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Rev. Bras. Promoção Saúde, Fortaleza, jul./set., 2017; 30(3): 1-10. DOI: <<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>>.

21- Cortés MS, Barranco DA, Jordana MC, Roche MEM. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2015; 23(3): 520-526. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>>.

22- Lopezosa PH, Maestre MH, Borrego MAR. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2953. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>>.

23- Nunes MZS, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. Saúde Debate | Rio de Janeiro, Out-Dez 2014; 38(103): 805-816. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>>.

24- Lima PM, Castro JFL. Orientações no pré-natal de baixo risco acerca do parto humanizado: um estudo comparativo entre duas Unidades de Saúde da Família. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, abr/jun, 2017; 19(2): 115-123. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/18869/12846>>.

25- Carvalho CM, Almeida DR, Aguiar VD, Garcia EV, Tomazzeli R, Campos FMC. Orientações no Pré-Natal: O que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 2013; 4(2): 1988-2000. DOI: <<http://dx.doi.org/10.18673/gs.v4i2.22934>>.

26- Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. Esc. Anna Nery 2018; 22(1): e20170013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0013.pdf>.

27- Tostes NA, Seild EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas psicol., Ribeirão Preto jun. 2016; 24(2): 681-693. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>>.

28- Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e2016-0063. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>>.

29- Oliveira KKD, Santos ALD, Fernandes APHS, Fernandes APNL, Rosário SSD, Monteiro AI. Concepção das nulíparas sobre o trabalho de parto e o parto. *Revista de pesq.: cuidado fundamental [online]* 2012, jul./set.; 4(3): 2627-35. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1832/pdf_603>.

30- Lopes CV, Meincke SM, Carraro TE, Soares MC, Reis SP, Heck RM. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enferm* 2009 Jul/Set; 14(3):484-90. DOI: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16178>>.

31- Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*, 2010; 11(esp): 32-41. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027973004/>>.

32- Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Revista Mineira Enfermagem*, 2015 jul/set; 19(3): 711-717. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>>.

33- Barbieri MC, Bercini LO, Brondani KJM, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Sant'anna FL. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, ago. 2015; 36(1): 17-24. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/16480/16920>>.

34- Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2016; 16 (1): 29-37. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>>.

35- Cortês CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev Esc Enferm USP*, 2015; 49(5):716-725. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500002>>.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se com essa pesquisa que há uma defasagem entre as orientações e as boas práticas aplicadas na sala de parto, sendo evidenciado pelos resultados encontrados nesse estudo. Dessa forma, prestar uma assistência de forma holística, promovendo a saúde, o conhecimento e bem-estar de cada gestante propicia condições favoráveis para vivenciar este momento, que também refletirá na saúde do conceito.

Com a análise dos dados obtidos nesse estudo, fica claro que as orientações repassadas às gestantes não estão sendo adequadas, pois a maioria das participantes receberam informações sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto, direito ao acompanhante e amamentação, em contrapartida, há um déficit em relação as principais práticas realizadas no trabalho de parto, que pode ser inferido pela deficiência nas políticas de saúde da mulher que não estão sendo efetivamente implementadas em todos os setores, o que interfere na assistência prestadas às gestantes. Da mesma forma, os profissionais de saúde ainda estão nesse processo de adaptação e implementação das práticas da parturição durante as consultas de pré-natal.

A avaliação entre as orientações no pré-natal com as práticas no trabalho de parto e parto mostra concordância expressa pela relação das informações no pré-natal quanto à oferta e aplicação na sala de parto, ao observar as variáveis dos sinais de alerta (contração, dor), duração do trabalho de parto, aplicação de técnicas para alívio da dor, alimentação e amamentação, diferentemente quando se relaciona posições do parto com a escolha e o tipo da posição do parto.

Dessa maneira, é importante que seja incentivada a realização de outros estudos dentro dessa temática, visando abranger aspectos que não foram abordados nessa pesquisa, a fim de nortear a melhora da assistência pré-natal e do trabalho de parto e parto no hospital onde foi possível realizar a pesquisa. E como sugestões propor oficinas aos profissionais de saúde; mesas de diálogo entre mulheres, gestores e profissionais a fim de contribuir para uma assistência de forma mais íntegra e qualificada.

A educação em saúde é um item importante para propor informações pertinentes às gestantes, sanando suas dúvidas com uma linguagem clara e objetiva, devendo ser realizado individualmente ou em grupo, de forma que elas possam chegar mais preparadas ao processo da parturição. Assim, quando a mulher, o parceiro e familiares adquirem mais conhecimento sobre a gestação e parturição, podem experimentar sentimentos satisfatórios, uma vez que tem melhor percepção e compreensão de todo o processo.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Rev. Práxis**, agosto de 2011, RJ; 6(3). Disponível em: <<https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>> Acesso em: 19 maio 2018.

BORTOLI, C.F.C.; *et al.* Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. **Rev Fun Care Online**. v. 9, n. 4, p. 978-983; 2017 out/dez. DOI: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5565/pdf_1 > Acesso em: 06 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 09 abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 27 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php>. Acesso em: 27 mar 2018

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**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 80 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 160p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 19 mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- a Rede Cegonha, 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 19 mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS**: humanização do parto e do nascimento. Brasília, v.4, 2014.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 19 mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**; Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em 31 mar 2018.

CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 7 (3): 309-317, jul. / set., 2007. DOI:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

CASTRO, M. E.; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S. Qualidade da Assistência Pré-Natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 72-81. DOI: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4663>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**; vol.14 nº.4, Rio de Janeiro, July/Aug. 2009. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>>. Acesso em 03 abr. 2018.

COSTA, A. P., *et al.* Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Rev. Rene**, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):548-54. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12483/1/2011_apcosta.pdf> Acesso em: 19 abr. 2018.

COSTA, C. S. C., *et al.* O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516–522, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2018.

COSTA, N. S. **Expectativas, Percepções e Opiniões de Mulheres sobre o Atendimento Durante o Parto**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba. Disponível em: <<http://bdt.d.ufm.edu.br/handle/tede/218>> Acesso em: 18 mar. 2018.

COSTA, R. L. M. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para uma assistência segura e de qualidade em um Hospital Público Alagoano: Um Relato de Experiência. **Revista GEP NEWS**, Maceió, v.1, n.2, p.25-31, abr/ jun. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/3221/2404>>. Acesso em: 07 abr. 2018.

CORTÊS, M. S., *et al.* Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2015, vol.23, n.3, pp.520-526. DOI: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2018.

CRUZ, R.S.B.L.C; CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, v. 18, n.1, p. 87-94, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780/11722>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

DEMARCHI, R. F., *et al.* Percepção de Gestantes e Puérperas primíparas sobre maternidade. **Rev Enfermagem UFPE [online]**, Recife, v.11, n.7, p. 2663-73, jul., 2017. DOI:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23438/19137>> Acesso em: 21 abri. 2018.

EBLING, S.B.D; et al. Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas. **Rev. Fund. Care Online**. 2018 jan./mar.; v.10, n. 1, p. 30-35. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.30-35>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

FEITOSA, R. M. M., et al. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. **Rev Fund Care Online**. 2017 jul/set; v.9, n.3, p. 717-726. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726>>. Acesso em: 31 mar.2018.

GUERREIRO, E. M., et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n.3, julho 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

HOCHMAN, B., et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, [serial online], v. 20, sup. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

JORGE, H. M. F., et al. Assistência Pré-Natal e Políticas Públicas de Saúde da Mulher: Revisão Integrativa. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, v.28, n.1, p.140-148, jan./mar., 2015. DOI: <<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p140>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

LAMY, G.O.; MORENO, B. S. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Rev. Omnia Saúde**, v.10, nº2, pag. 19-35; 2013. Disponível em: <<http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/view/456>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

LIMA, P. M.; CASTRO, J. F. L. Orientações no pré-natal de baixo risco acerca do parto humanizado: um estudo comparativo entre duas Unidades de Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.19, n.2, p.115-123, abr/jun, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/18869/12846>> Acesso em: 10 abr. 2018.

LOPEZOSA, P. H., et al. O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2017; v.25:e2953. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100399&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 mai. 2018.

MACHADO, Nilce Xavier de Sousa; PRAÇA, Neide de Sousa. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev Esc Enferm - USP**, 2006; 40(2):274-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200017>> Acesso em: 20 jun. 2018.

MAIA, MB. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil**. In: *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>> Acesso em: 13 mai. 2018.

MATOS, G. C., *et al.* Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. **Rev Fund Care Online**. v.9, n. 2, p. 393-400; 2017 abr/jun. DOI: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5052>> Acesso em: 08 mar. 2018.

MELO, K. L., *et al.* O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental [Online]**, RJ, v.6, n.3, p. 1007-1020; 2014, jul./ set. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750623015>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

NASCIMENTO, I.B., *et al.* Assistência Pré-Natal e Resultado Perinatal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.30, n. 2, p. 187-194, abr./jun., 2017. DOI: <<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p187>>. Acesso em: 07 abri. 2018.

NOGUEIRA, L. D. P. **Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo gravídico- puerperal no município de Ribeirão Preto – SP**. 2010. 108f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16112010-101636/en.php>> Acesso em: 16 abri. 2018.

NUNES, J. T., *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 252-261. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>>. Acesso em 15 mar. 2018.

NUNES, A. D. S., *et al.* Acesso à Assistência Pré-Natal no Brasil: Análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 30, n.

3, p. 1-10, jul./set., 2017. DOI: <<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>>. Acesso em: 07 abr. 2018.

OLIVEIRA, A. S. S., *et al.* Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 32-41. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027973004/>> Acesso em: 25 mar. 2018.

OLIVEIRA, R. D. **Saúde da Mulher: Construindo um Direito a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus reatamentos no atendimento às mulheres no município de Rio das Ostras.** 2016a. 67f. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2016. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/4636>> Acesso em: 15 mai. 2018.

OLIVEIRA, E.C.; BARBOSA, S. M.; MELO, S. E. P. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por Enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v. 7, n. 3, p. 23-25. Ano 2016b/2º Semestre. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-import%C3%A2ncia-do-acompanhamento-pr%C3%A9-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

OSÓRIO, S. M. B.; SILVA JÚNIOR, L. G.; NICOLAU, A. I. O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Rev. Rene**, [Fortaleza], v. 1, n. 15, p.174-184, jan/fev. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3112>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PRATES, L. A. **O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.** 2015. 141f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, RS. Disponível em: <<https://www.scribd.com/document/339048316/o-Olhar-Feminino-Sobre-o-Cuidado-a-Saude-Quilombola>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, v. 4, n.4, p. 105-117, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Rev. Saúde e soc.** vol.20 nº.3 São Paulo July/Sept. 2011. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

PEREIRA, M. O.; *et al.* **Conformidade das estratégias utilizadas na assistência do pré-natal com as normas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em Governador Valadares.** Universidade Federal de Minas Gerais, 2016. Disponível em:

<<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2016/anais/demografia/381-644-1-SM.pdf>>.

Acesso em: 27 abr. 2018.

POLGLIANE, R. B. S.; *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.7, p. 1999-2010, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000701999&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 fev. 2018

RAMOS, W. M. A.; *et al.* Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **J. res.: fundam. care. [online]** 2018. jan./mar. v.10, n. 1, p. 173-179. DOI:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

RATTNER, D.; SANTOS, M. L.; LESSA, H.; DINIZ, S. G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (online). **Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.4, n. 4, p.215-228, Brasília, 2010. DOI:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/849/812> >.

Acesso em: 06 abr. 2018.

REIS, T.L.R.; *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 1, RS. 2017 mar.; DOI:

<<http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2017.01.64677>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. Comunicação da Enfermeira com Pacientes Portadores de Câncer Fora de Possibilidade de Cura.

Rev. enferm. Rio de Janeiro. v. 18. n. 1, p. 86-91. Jan/Mar. 2010. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a15.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2018.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência Pré-Natal: satisfação e expectativas. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 61-71.

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027973007/>> Acesso em: 25 abr. 2018.

SILVA, L. A.; *et al.* A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. **J. res.: fundam. care.** (online), v. 7, n. 2, p. 2298-2309, 2015. abr./jun. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2298-2309>> Acesso em: 09 abr. 2018.

SILVA, E. C.; *et al.* Puerpério e assistência de enfermagem: Percepção das mulheres. **Rev. Enferm UFPE** [online], Recife, 11(Supl. 7):2826-33, jul., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11043/19180>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS); v. 32, n. 3, p. 479-86; 2011 set. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>> Acesso em: 20 abr. 2018.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm**, 2016; v. 25, n.1, e4080014. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

TEIXEIRA, M.M.; *et al.* Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. **Rev. Rene**; v. 14, n. 1, p. 179-86, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3353>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

TOSTES, N. A.; SEILD, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.** vol.24 n.2, Ribeirão Preto jun. 2016. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO

Formulário N°: _____

Nome da puérpera: _____

Número do prontuário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Caracterização da amostra

1. Idade: _____ anos

2. Cor da pele (autodenominada):

[1] Branca [2] Preta [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena

3. Grau de escolaridade:

[1]	Sem escolaridade	Analfabeta? Sim () Não ()
[2]	Ensino fundamental (1º grau) incompleto	
[3]	Ensino fundamental (1º grau) completo	
[4]	Ensino médio (2º grau) incompleto	
[5]	Ensino médio (2º grau) completo	
[6]	Superior incompleto	
[7]	Superior completo	
[8]	Mestrado ou doutorado	

4. Cidade/Estado onde reside: _____

5. Situação marital:

[1] Tem companheiro [2] Não tem companheiro

História Obstétrica

6. Número de gestações (contar a atual): _____

7. Número e tipo de partos (anteriores):

Parto normal [0] zero [1] um [2] dois [3] três [4] mais de 3. Quantos? ____
 Cesariana [0] zero [1] um [2] dois [3] três [4] mais de 3. Quantas? ____
 Aborto [0] zero [1] um [2] dois [3] três [4] mais de 3. Quantos? ____

Informações sobre a gravidez atual

8. Fez pré-natal:

[1] Sim [2] Não

9. Quantas consultas? (Verificar na carteira de gestante e confirmar com a puérpera) ____

[1] Não registrado
 [2] Não se aplica

10. Onde fez o pré-natal:

[1] SUS [2] Rede privada [3] SUS + Rede privada [4] Não se aplica

11. Com qual profissional realizou as consultas de pré-natal?

[1] Apenas médico
 [2] Apenas enfermeiro
 [3] Médico + enfermeiro
 [4] Não se aplica

12. Durante o seu pré-natal a senhora teve oportunidade de formular seu plano de parto?

[1] Sim [2] Não

13. A senhora recebeu alguma dessas informações durante as consultas de pré-natal?

[1] Tipos de parto	() Sim	() Não
[2] Sinal de alerta		
Sangramento	() Sim	() Não
Rompimento da bolsa amniótica	() Sim	() Não
Ausência de movimentos fetais	() Sim	() Não
[3] Sinais de trabalho de parto		
Perda do tampão mucoso	() Sim	() Não
Contração	() Sim	() Não
Dor	() Sim	() Não
[4] Duração do trabalho de parto	() Sim	() Não
[5] Métodos não farmacológicos de alívio da dor	() Sim	() Não
[6] Alimentação durante o trabalho de parto	() Sim	() Não
[7] Variedade de posições ao parir	() Sim	() Não
[8] Direito a acompanhante	() Sim	() Não
[9] Amamentação	() Sim	() Não

- [2] Tomar banho morno () Sim () Não
 [3] Utilizar mecanismos para diminuir a dor () Sim () Não
 [4] Adotar a posição mais confortável () Sim () Não
 [5] Executar exercícios de respiração () Sim () Não
 [6] Utilizar analgesia () Sim () Não

24. Em algum momento durante o trabalho de parto lhe orientaram a fazer força durante as contrações mesmo quando a senhora não sentia vontade?

- [1] Sim [2] Não

25. Durante o trabalho de parto foi oferecido à senhora:

- [1] Água () Sim () Não
 [2] Chá () Sim () Não
 [3] Suco () Sim () Não
 [4] Sopa () Sim () Não
 [5] Outros (especificar): _____

26. Foi administrado algum medicamento durante o trabalho de parto? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera)

- [1] Sim [2] Não

27. Se sim, qual(is) medicamento(s)?

28. Foi explicado o motivo para o uso dessa medicação?

- [1] Sim [2] Não [3] Não se aplica

29. A senhora permitiu o uso dessa medicação?

- [1] Sim [2] Não [3] Não se aplica

30. Recebeu alguma medicação para alívio da dor durante o trabalho de parto ou fizeram analgesia/anestesia? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera)

- [1] Sim [2] Não

31. Se sim, qual o tipo? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera)

- [1] Via sistêmica
 [2] Peridural
 [3] Raquianestesia

- [4] Combinada
- [5] Não registrado
- [6] Não se aplica

32. Durante o trabalho de parto, a senhora utilizou:

- | | | | |
|------|--|---------|---------|
| [1] | Cavalinho | () Sim | () Não |
| [2] | Banqueta | () Sim | () Não |
| [3] | Bola de nascimento | () Sim | () Não |
| [4] | Movimento de balanço de quadril | () Sim | () Não |
| [5] | Massagem | () Sim | () Não |
| [6] | Exercícios de respiração | () Sim | () Não |
| [7] | Suporte contínuo (doula ou profissional de saúde para tirar dúvidas e dar suporte contínuo) | () Sim | () Não |
| [8] | Aromaterapia | () Sim | () Não |
| [9] | Musicoterapia | () Sim | () Não |
| [10] | Ambiente silencioso | () Sim | () Não |
| [11] | Ambiente em penumbra | () Sim | () Não |
| [12] | Acompanhante de livre escolha | () Sim | () Não |

33. Se utilizou algum método, sabe o motivo? Quais?

34. Se utilizado, quem aplicou?

- [1] Equipe de enfermagem
- [2] Equipe médica
- [3] Fisioterapeuta
- [4] Outros. Quem? _____
- [5] Não se aplica

35. Se não utilizou, qual o motivo?

- [1] Sabia que podia, mas não quis
- [2] Não sabia que podia
- [3] Não foi permitido
- [4] Não conseguiu, pois estava com soro ou sendo monitorizada
- [5] Outros: _____
- [5] Não aplica

36. Enquanto esteve em trabalho de parto, realizaram toque vaginal?

[1] Sim [2] Não

37. Se sim, quantos? Em quais horários foram realizados? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera).

38. Explicaram a senhora o motivo pelo qual realizar o toque?

[1] Sim [2] Não [3] Não se aplica

39. Se sim, quais motivos?

40. Foi consentido a realização do toque?

[1] Sim [2] Não [3] Não se aplica

41. Durante o trabalho de parto e parto, foi permitido a senhora ficar com o acompanhante de sua livre escolha?

[1] Sim [2] Não

42. Foi preenchido o partograma? (Verificar no prontuário)

[1] Sim [2] Não

43. Foi realizado o monitoramento fetal por meio da ausculta? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera)

[1] Sim [2] Não

44. No momento do parto ou momentos antes, realizaram massagem no períneo? (Explicar como é esse procedimento)

[1] Sim [2] Não

45. Foi permitido a senhora escolher o local no qual ter o bebê?

[1] Sim [2] Não

46. Foi permitido a senhora escolher em que posição ter o bebê?

[1] Sim [2] Não

47. Em qual posição a senhora teve seu bebê?

- [1] Ginecológica, sem elevação de cabeceira
- [2] Ginecológica, com cabeceira elevada
- [3] De quatro
- [4] Deitada de lado
- [5] De cócoras, no chão
- [6] De cócoras, em cima do leito
- [7] Sentada
- [8] De pé

48. Durante o parto, alguém subiu/apertou sua barriga? (Manobra de Kristeller)

- [1] Sim
- [2] Não
- [3] Não sei informar

49. Se sim, explicaram o motivo? Quais?

50. O parto teve laceração? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera)

- [1] Sim
- [2] Não

51. Foi realizada corte na vagina (episiotomia)? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera)

- [1] Sim
- [2] Não

52. Se sim, foi pedido autorização para realizar a episiotomia?

- [1] Sim
- [2] Não
- [3] Não se aplica

53. Foi explicado o motivo pelo qual realizar a episiotomia?

- [1] Sim
- [2] Não
- [3] Não se aplica

54. Se sim, quais motivos?

55. Após o parto e antes de serem prestados os primeiros cuidados ao seu bebê, o profissional:

- [1] Colocou o bebê sobre a senhora em contato pele a pele
- [2] Colocou o bebê no seu colo por cima da sua camisola

- [3] Apenas lhe mostrou o bebê e o levou para fazer os primeiros cuidados
- [4] Não lhe mostrou o bebê

56. Se o bebê não foi para o seu colo, a senhora sabe o motivo?

- [1] Eu não estava bem
- [2] O bebê não estava bem
- [3] Não sei o motivo
- [4] Não se aplica

57. Após o parto e antes de serem prestados os primeiros cuidados ao seu bebê, o profissional:

- [1] Estimulou a amamentação e o bebê sugou
- [2] Estimulou a amamentação e o bebê não sugou
- [3] Não estimulou a amamentação
- [4] Não se aplica

58. Se não foi estimulada a amamentação, a senhora sabe o motivo?

- [1] Eu não estava bem
- [2] O bebê não estava bem
- [3] Amamentação contraindicada
- [4] Não sabe o motivo
- [5] Não se aplica

59. O clampeamento do cordão umbilical foi realizado: (verificar no prontuário e/ou confirmar com a puérpera)

- [1] Imediatamente após o nascimento (10 a 15s após o nascimento)
- [2] Oportuno (3 min após o nascimento)
- [3] Tardio (após parar de pulsar)

60. Quanto a saída da placenta

- [1] Não tracionaram o cordão, ocorreu de forma natural
- [2] Tracionaram o cordão para que saísse mais rápido

61. Foi realizado revisão de útero no após o parto?

- [1] Sim
- [2] Não

62. Se sim, foi explicado a senhora os motivos? Quais?

63. Foi utilizado ocitocina após o parto? (Verificar no prontuário e confirmar com a puérpera)

[1] Sim

[2] Não

64. Se sim, foi explicado a senhora os motivos? Quais?

65. Durante todo o tempo em que a senhora esteve no Centro Obstétrico, a senhora considera que lhe foi ofertado privacidade?

[1] Sim

[2] Não

66. Desde o momento do nascimento, a senhora está sendo permitida ficar 24h com seu bebê e prestar os cuidados a ele?

[1] Sim

[2] Não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fundação Instituída nos termos da Lei 5.152, de 21/10/1966. São Luís – Maranhão

A Sra. está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa: **BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO:** avaliação em um hospital universitário. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Prof.^a M.^a Mayara Pereira da Silva. O motivo que nos leva a estudar o assunto em questão é avaliar a implantação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento em um hospital universitário de São Luís – MA.

Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa contribuirão com a instituição onde será realizada, possibilitando que esta ofereça um serviço mais bem estruturado ao seu público-alvo.

Sua participação se dará por meio do preenchimento de um formulário contendo sessenta e seis (66) perguntas. Garantimos que os pesquisadores se comprometem a minimizar os riscos decorrentes desse estudo, manter o anonimato das participantes, identificando-as por códigos e guardar todos os instrumentos utilizados para coleta de dados em local seguro, evitando assim a quebra de sigilo de suas identidades. A Sra. será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar ou retirar sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo ou penalidade a sua pessoa.

A equipe pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. As informações fornecidas permanecerão confidenciais. Seu nome ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste termo ficará em poder da equipe pesquisadora e outra será fornecida a Sra. Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira.

Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) que é órgão responsável por garantir os aspectos éticos na realização de pesquisas envolvendo seres humanos e defender os seus interesses como sujeito participante da pesquisa em sua integridade e dignidade. O CEP-HUUFMA fica localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro - São Luís - MA.

CEP: 65020-070. A Sra. também pode se corresponder com este órgão através do endereço eletrônico huufma@huufma.br ou pelo telefone (98) 2109-1000. Se preferir, também pode fazer contato com o pesquisador responsável por esta pesquisa no endereço eletrônico mayarapreira@gmail.com ou ligar para o telefone (98) 987666730.

Consentimento pós-informação

São Luís, _____ de _____ de 2016

Eu, _____, fui informada sobre o que o pesquisador pretende realizar e porque precisa da minha contribuição. Por isso, livremente, concordo em participar da pesquisa sabendo que não receberei nenhum tipo de remuneração por minha participação e que poderei retirá-la em qualquer fase do estudo independente do motivo. Este documento possui duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador ficando uma cópia comigo e outra com ele.

Assinatura do participante ou impressão digital



Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE PESQUISADOR**DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE PESQUISADOR**

Eu, Mayara Pereira da Silva, pesquisadora responsável, declaro para os devidos fins que Paula Cristina Alves da Silva, CPF: 023.703.043.83 e RG: 97485898-6, está sendo incluída como participante da pesquisa intitulada "Boas práticas de assistência ao parto e nascimento: avaliação em um hospital universitário", aprovada pela Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (COMIC-HUUFMA) sob parecer nº 66/2016 e pelo Comitê de Ética sob parecer de nº 1.699.784, podendo esta, orientar trabalhos oriundos desta pesquisa.

Mayara Pereira da Silva

Mayara Pereira da Silva
Pesquisadora Responsável

ANEXO B - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Escopo e política

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons. O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

Avaliação dos manuscritos:

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo *double mind*) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências.

IMPORTANTE! Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão: Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada) **Modelo**;
- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
- Página de Título;
- Manuscrito.

PÁGINA DE TÍTULO

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

MANUSCRITO

Instruções aos Autores - A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.

Artigos de Revisão, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

Cartas ao Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

Fontes dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.

Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.

Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

MÉTODOS

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estruture a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):

Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);

Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia *estudo de intervenção*. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de **estudo randomizado** informe o número do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e/ou o número do *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS), na página de título.

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consumo *per capita* de vinho.

Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter

estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas? **Delineamento:** O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto? **Características da amostra:** Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)? **Coleta de dados (mensuração dos resultados):** Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutibilidade dos métodos empregados foram consideradas? **Tamanho da amostra:** Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas? **Métodos estatísticos:** O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p , o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada. **Resumo:** O resumo contém síntese adequada do artigo? **Recomendação sobre o artigo:** O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANTE:

A RBGO aderiu à iniciativa do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

Ensaio clínico randomizado:

<http://www.consort-statement.org/downloads/consort-statement>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>

Estudos observacionais em epidemiologia:

[strobstatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE checklist v4 combined.pdf](http://strobstatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf)

Estudos qualitativos:

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO! As seções **Métodos** e **Resultados** nos **Estudos de Caso** devem ser substituídas pelo termo **Descrição do Caso**.

Discussão

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais

achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção Discussão informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão


A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

ANEXO C – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMIC (HUUFMA)

 EBSERH	UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HU-UFMA
PARECER DE AUTORIZAÇÃO	
Financiamento	Finalidade do projeto
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Público Nacional <input type="checkbox"/> Fomento Público Internacional <input type="checkbox"/> Fomento Privado Nacional / Ind. Farmacêutica <input type="checkbox"/> Fomento Privado Internacional / Ind. Farmacêutica	<input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Residência Multiprofissional <input type="checkbox"/> Residência Médica <input type="checkbox"/> Residência Buco Maxilo <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Serviço/HU-UFMA <input type="checkbox"/> Outros/ Multicêntrico
Nº do Protocolo: 23523.002687/2016-90 Data de Entrada: 30/05/2016 Nº do Parecer: 66/2016 Parecer: APROVADO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: avaliação em um hospital universitário
Pesquisador Responsável: Mayara Pereira da Silva
Maior Titulação: Mestrado
Equipe Executora: Ariadne Sales Fama Oliveira; Monniely Mônica Costa Gonçalves; Yana Thalita Barros de Oliveira Castro
Unidade onde será realizado: <input type="checkbox"/> HUPD <input checked="" type="checkbox"/> HUMI <input type="checkbox"/> CEPEC <input type="checkbox"/> Biobanco <input type="checkbox"/> Anexos
Sector de realização: Alojamento Conjunto
Cooperação estrangeira: <input type="checkbox"/> Multicêntrico: <input type="checkbox"/> Coparticipante: <input type="checkbox"/>

II - OBJETIVOS

- Geral:

Avaliar a implantação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento em um hospital universitário de São Luís - MA.

- Específicos:

- Caracterizar as participantes do estudo quanto aspectos socioeconômicos e aspectos obstétricos;
- Identificar as orientações recebidas pelas gestantes durante o pré-natal acerca das boas práticas de assistência ao parto e nascimento;
- Identificar as práticas realizadas no Centro Obstétrico do serviço pesquisado durante o trabalho de parto e parto;
- Avaliar a concordância entre as informações recebidas durante o pré-natal e as práticas ofertadas durante o trabalho de parto e parto.

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: Setembro/2016 Final do estudo: Dezembro/2016

IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA: 316

V - RESUMO DO PROJETO: O parto representa a etapa final da concepção onde o ser gerado iniciará uma vida independente do organismo materno. Promover o conforto e a satisfação da mulher neste momento está entre as tarefas mais importantes da equipe de saúde que deve valorizar o parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias, priorizando assistência humanizada, que respeite sua individualidade e autonomia. Com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva de garantir os direitos inerentes a todo cidadão foi implantado pelo Ministério da Saúde no 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Objetivo: Avaliar a implantação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento em um hospital universitário de São Luís – MA. Metodologia: Estudo Transversal. A população do estudo será constituída por todas as mulheres em pós-parto vaginal ocorrido no Centro Obstétrico da UMI, admitidas no ALCON nos meses de setembro, outubro e novembro de 2016. Os dados serão coletados através de um formulário que será aplicado a fim de identificar os dados referentes à

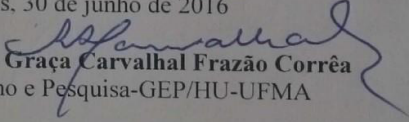
caracterização da amostra e as práticas de assistência implementadas. Também serão coletadas informações no prontuário e na carteira de gestante das participantes do estudo. Recurso Próprio.

VI-PARECER: Aprovado

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA de 03 de agosto de 2007, entretanto **o início da coleta de dados** está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA **em atendimento à Resolução CNS nº 466/12** e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final (resumo, cópia em CD) à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HU-UFMA).

São Luís, 30 de junho de 2016


Prof. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HU-UFMA

ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/HUUFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: avaliação em um hospital universitário

Pesquisador: Mayara Pereira da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58437416.2.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.699.784

Apresentação do Projeto:

O uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento parece não ter grande difusão entre os profissionais de saúde. Face a esse contexto, entende-se como relevante a realização deste estudo, que tem por finalidade adquirir maior conhecimento sobre as boas práticas para avançar em direção ao modelo de assistência ao parto preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, no qual estas devem ser baseadas em evidências e criteriosamente utilizadas. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, será realizado na Unidade de Internação Obstétrica - Alojamento Conjunto (ALCON). A população do estudo será constituída por todas as mulheres em pós-parto vaginal ocorrido no Centro Obstétrico da UMI, admitidas no ALCON nos meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2016. Serão incluídas no estudo todas as mulheres que tiveram gestação múltipla ou de feto único, idade gestacional igual ou superior a 37 semanas e que permaneceram no Centro de Obstétrico por pelo menos uma hora. Serão excluídas aquelas com óbito fetal, as que forem submetidas à curetagem, as com recém-nascido grave ou encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e aquelas que não apresentarem condições clínicas ou psicológicas. Os dados serão coletados através de um formulário que será aplicado a fim de identificar os dados referentes à caracterização da amostra e as práticas de assistência implementadas. Também serão coletadas informações no prontuário e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.699.784

na carteira de gestante das participantes do estudo. A coleta de dados será realizada de 20 de setembro a 20 de dezembro de 2016 no ALCON da UMI do HUUFMA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento em um hospital universitário de São Luís - MA.

Objetivos Secundários:

- a) Caracterizar as participantes do estudo quanto aspectos socioeconômicos e aspectos obstétricos;
- b) Identificar as orientações recebidas pelas gestantes durante o pré-natal acerca das boas práticas de assistência ao parto e nascimento;
- c) Identificar as práticas realizadas no Centro Obstétrico do serviço pesquisado durante o trabalho de parto e parto;
- d) Avaliar a concordância entre as informações recebidas durante o pré-natal e as práticas ofertadas durante o trabalho de parto e parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. No entanto, os pesquisadores se comprometem a minimizar os riscos decorrentes desse estudo, manter o anonimato das participantes, identificando-as por códigos e guardar todos os instrumentos utilizados para coleta de dados em local seguro, evitando assim a quebra de sigilo de suas identidades.

Este estudo tem como benefício a contribuição, a partir de seus resultados, com a instituição onde será realizada, possibilitando que esta ofereça serviço mais bem estruturado ao seu público-alvo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será de extrema relevância por proporcionar maior conhecimento sobre as boas práticas para avançar em direção ao modelo de assistência ao parto preconizado pela OMS e pelo MS, no qual estas devem ser baseadas em evidências e criteriosamente utilizadas. Também se espera que os resultados desta pesquisa possam contribuir com a instituição onde será realizada, no sentido de sensibilizar a equipe de saúde, principalmente os enfermeiros, da importância do parto normal com o mínimo de interferência e com o máximo de respeito à parturiente. E atende

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.699.784

às exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participante e para o responsável da participante menor de 18 anos, Termo de Assentimento (TA), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3. O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.699.784

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764573.pdf	22/08/2016 23:23:59		Aceito
Outros	Carta_Resposta_ao_CEP_2.pdf	22/08/2016 23:23:26	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Outros	Carta_Resposta_ao_CEP.pdf	20/08/2016 14:57:26	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Modificado.docx	20/08/2016 14:45:36	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Modificado.pdf	20/08/2016 14:45:13	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2.pdf	20/08/2016 14:42:54	Mayara Pereira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_responsaveis.pdf	20/08/2016 14:35:41	Mayara Pereira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_assentimento.pdf	20/08/2016 14:33:32	Mayara Pereira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	20/08/2016 14:31:10	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Outros	Declaracao_de_responsabilidade_financeira.pdf	25/07/2016 18:12:33	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigilof.pdf	25/07/2016 18:11:34	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_com_o_HUUFMA.pdf	25/07/2016 18:10:50	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	25/07/2016 18:09:06	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Outros	PARECER_AUTORIZACAO_COMIC_HUUFMA.pdf	25/07/2016 18:08:15	Mayara Pereira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/07/2016 18:07:29	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BOAS_PRATICAS_DE_ASSISTENCIA_AO_PARTO_E_NASCIMENTO.docx	25/07/2016 18:07:07	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BOAS_PRATICAS_DE_ASSISTENCIA_AO_PARTO_E_NASCIMENTO.pdf	25/07/2016 18:06:52	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/07/2016	Mayara Pereira da Silva	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.699.784

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18:06:16	Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/07/2016 18:05:55	Mayara Pereira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/07/2016 18:05:30	Mayara Pereira da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não

SAO LUIS, 29 de Agosto de 2016

Assinado por:
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br

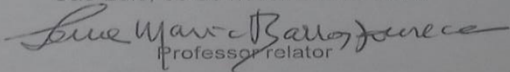
ANEXO E - PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO


UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

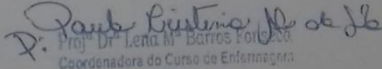
PROJETO DE MONOGRAFIA
PARECER

1. **TÍTULO:** Conformidade entre as orientações oferecidas no pré-natal e as práticas aplicadas no trabalho de parto e parto.
2. **ALUNO(A):** Tayse de Oliveira Freitas
3. **ORIENTADOR(A):** Prof^a. Paula Cristina Alves da Silva
4. **INTRODUÇÃO:** A aluna aborda a temática em questão fundamentada em referenciais atualizados. Mostra aspectos importantes das boas práticas nos cuidados baseados em evidências científicas e seus impactos positivos para a saúde materna e fetal. Destaca o objeto do estudo e as questões que norteiam o trabalho.
5. **JUSTIFICATIVA:** Fundamenta a justificativa da pesquisa enfatizando os motivos pessoais que despertaram seu interesse para estudar o assunto.
6. **OBJETIVOS:** Passível de ser alcançado.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Capaz de alcançar o objetivo proposto. Será utilizado o banco de dados da Pesquisa intitulada "Boas Práticas de assistência ao parto e nascimento: avaliação em um hospital universitário", aprovada pelo parecer CEP 1.699.784, teve como pesquisador principal a professora Mayara Pereira da Silva, colaboradora a professora Paula Cristina Alves da Silva.
8. **CRONOGRAMA:** Atualizado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Obedece aos aspectos Éticos e Legais da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Obedece a normatização pela ABNT.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** o projeto apresenta viabilidade para ser desenvolvido a aluna fez os ajustes no processo metodológico conforme sugestão e pela relevância da pesquisa para a saúde materno fetal somos de parecer favorável ao seu desenvolvimento.

São Luís, 06 de novembro de 2017.


 Professor relator

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 06/10/2017
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia


 Prof.ª Dr.ª Lena M. Barros Poiteiro
 Coordenadora do Curso de Enfermagem
 UFMA