



**MELHORIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO NO TRABALHO  
DE PARTO E PARTO NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ**

**RELATÓRIO FINAL**

**Volume I**

**FEVEREIRO 2007**

**Pesquisadores Responsáveis**

**María Yolanda Makuch**

Pesquisadora

Correio eletrônico: [mmakuch@cemiacamp.org.br](mailto:mmakuch@cemiacamp.org.br)

**Maria José Duarte Osis**

Pesquisadora

Correio eletrônico: [mjosis@cemiacamp.org.br](mailto:mjosis@cemiacamp.org.br)

**José Guilherme Cecatti**

Professor Titular de Obstetrícia

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Correio eletrônico: [cecatti@unicamp.br](mailto:cecatti@unicamp.br)

**Assistente de Pesquisa**

Karla Simônia de Pádua

Correio eletrônico: [simonia@unicamp.br](mailto:simonia@unicamp.br)

**Estatística**

Maria Helena de Sousa

Correio eletrônico: [mhestat@cemiacamp.org.br](mailto:mhestat@cemiacamp.org.br)

**Administração Financeira do Projeto**

Márcia Alice Satte da Silva

Correio eletrônico: [malice@cemiacamp.org.br](mailto:malice@cemiacamp.org.br)

## SUMÁRIO

### VOLUME I

<b>1. Introdução</b> .....	<b>01</b>
<b>2. Objetivos</b> .....	<b>02</b>
Objetivo geral .....	02
2.1 Da capacitação dos profissionais para a implementação de grupos de preparação para o parto .....	02
2.2 Da capacitação dos profissionais para a implementação do apoio nas salas de pré-parto e parto .....	03
2.3 Da avaliação dos resultados .....	04
<b>3. Método e estratégia de ação</b> .....	<b>05</b>
3.1 Etapa de capacitação dos profissionais para a implementação de grupos de preparação para o parto .....	05
3.2 Etapa de capacitação dos profissionais para a implementação de ações de humanização no atendimento ao pré-parto e parto.....	05
3.3 Etapa de avaliação dos resultados .....	05
<b>4. Análise dos dados</b> .....	<b>09</b>
4.1 Análise dos dados quantitativos .....	09
4.2 Análise dos dados qualitativos .....	10
<b>5. Aspectos éticos</b> .....	<b>11</b>
<b>6. Capacitação dos profissionais</b> .....	<b>11</b>
6.1 Operacionalizando a capacitação e as aulas sobre evidências científicas ....	11
6.2 Conteúdo da capacitação .....	14
6.3 Profissionais capacitados .....	16
6.4 Acompanhamento da implementação .....	17
<b>7. Resultados</b> .....	<b>22</b>
7.1 Levantamento estatístico .....	22
7.2 Entrevistas estruturadas com profissionais do CO .....	24
7.3 Avaliação qualitativa das mudanças após as capacitações .....	26

8. Cronograma do desenvolvimento do projeto .....	60
9. Divulgação dos resultados do projeto .....	62
10. Comentários finais .....	63
11. Atividade depois da avaliação .....	64
12. Referencias Bibliográficas .....	64
Gráficos .....	65
Quadro .....	68
Tablelas .....	70

## VOLUME II

Anexos 1 ao 18

## 1. INTRODUÇÃO

Conforme recomendações do Ministério da Saúde, para a humanização do parto é fundamental uma adequada preparação da gestante para o momento do trabalho de parto e o nascimento do seu filho (Brasil, 2001). Esta preparação, segundo o Ministério, envolve uma abordagem de acolhimento à mulher e seu companheiro no serviço de saúde, na qual deveria incluir-se o fornecimento de informações e um preparo físico e psíquico da mulher. Esta preparação da gestante para o parto deve incluir também um conjunto de cuidados e atividades que tenham por objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar o trabalho de parto e o parto, “sentindo-se protagonista do processo” (Brasil, 2001, p. 26).

Para desenvolver o papel protagônico, a mulher deve ter a possibilidade de receber informações sobre as mudanças corporais e emocionais que acontecem durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, tipos de parto e rotinas seguidas no hospital para a internação e o atendimento ao parto. Também devem incluir-se como parte desta preparação informações sobre os cuidados com o recém-nascido, a relação mãe-bebê, as necessidades da mulher no pós-parto, a amamentação, bem como a relação pai-bebê.

Devem ser introduzidas na preparação para o parto atividades referentes ao trabalho corporal, que têm por objetivo, além do benefício do exercício, permitir que a mulher tenha uma melhor percepção do seu corpo e aprenda a reconhecer e a diferenciar as sensações de relaxamento e de contração. A mulher também deve aprender respirações que a auxiliem no controle das contrações nas distintas etapas do trabalho de parto e parto. Desta forma, poderá procurar uma adequação corporal durante o trabalho de parto, através do relaxamento e das respirações, que a auxiliem no controle das sensações decorrentes das contrações, bem como poderá realizar uma força produtiva durante o período expulsivo, colaborando e participando efetivamente do nascimento do seu filho.

O Hospital Estadual de Sumaré foi credenciado entre os dez melhores hospitais do Brasil no ano 2001 pelo DATASUS. No ano 2005, ao ser realizado novamente o processo de credenciamento, a instituição foi mais uma vez avaliada entre as 10 melhores do país. Para o atendimento ao parto, este hospital recebe as mulheres do município e da região, realizando, em média, 300 partos por mês, com uma taxa de 22 a 25% de partos por cesárea. Atualmente o hospital é administrado através de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Universidade Estadual de Campinas. Os principais objetivos deste Hospital são oferecer atendimento de qualidade e humanizado, estimular um aprendizado contínuo, e favorecer a pesquisa.

Procurando melhorar o atendimento ao parto e seguindo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a diretoria do Hospital se propôs a implementar ações que permitissem às mulheres o acesso a um atendimento mais humanizado ao trabalho de parto e ao parto. Reconhece-se, para isto, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde diretamente ligados ao atendimento das mulheres, e a necessidade de avaliar as novas ações implementadas para determinar a sua efetividade na construção de um atendimento mais humanizado ao trabalho de parto e parto, bem como sua contribuição para o bem-estar das mulheres e do recém nascido.

Uma vez reconhecida a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde diretamente ligados ao atendimento das mulheres, foi solicitada ao Cemicamp a realização de uma capacitação para o aprimoramento desses profissionais no atendimento humanizado ao trabalho de parto e parto. Uma vez que o Hospital conta com recursos físicos e humanos para a implementação dessa atividade, para o desenvolvimento do projeto foi necessária a incorporação de recursos financeiros externos, no caso providos pelo CNPq, para a realização do trabalho de capacitação, acompanhamento da implementação das ações, bem como avaliação dos resultados obtidos.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral do projeto**

Capacitar profissionais de saúde para implementar grupos de preparação para o parto nas consultas de alto risco e ações de humanização ao atendimento da parturiente no centro obstétrico, para desenvolver o papel protagônico da mulher durante o trabalho de parto e parto, e avaliar os resultados da implementação.

### **2.1 Da capacitação dos profissionais para a implementação de grupos de preparação para o parto**

#### Objetivo Geral

Capacitar profissionais de saúde do Hospital Estadual de Sumaré para que atuem na implantação de grupos de preparação para o parto como parte do atendimento ambulatorial às grávidas de alto risco.

### Objetivos específicos

- Refletir sobre atitudes e crenças relacionadas à gravidez, ao trabalho de parto e parto.
- Revisar as informações básicas relacionadas às mudanças corporais durante a gravidez, o trabalho de parto, parto e puerpério.
- Estudar as vivências do primeiro, segundo e terceiro trimestres da gravidez, do trabalho de parto, parto e puerpério.
- Revisar os fundamentos teóricos da preparação para o parto.
- Capacitar para o manejo de técnicas de relaxamento e do trabalho corporal com gestantes.
- Desenvolver habilidades para o manejo de técnicas de respiração para acompanhar o trabalho de parto e parto.
- Revisar os conhecimentos básicos sobre o aleitamento materno.
- Discutir as principais ações de humanização do atendimento à parturiente, propostas nas normas do Ministério da Saúde.
- Facilitar a elaboração de um plano de trabalho e o planejamento da implementação dos grupos de preparação para o parto para gestantes de alto risco utilizando recursos já existentes.

## **2.2 Da capacitação dos profissionais para a implementação do apoio nas salas de pré-parto e parto**

### Objetivo Geral

Capacitar os profissionais de saúde do Hospital Estadual de Sumaré que trabalham no atendimento do pré-parto e parto para a implementação do uso das técnicas de relaxamento e respiração nas salas de pré-parto e parto.

### Objetivos Específicos

- Refletir sobre atitudes e crenças relacionadas ao trabalho de parto e parto.
- Revisar as informações básicas relacionadas às mudanças corporais durante o trabalho de parto e parto.
- Estudar as vivências do trabalho de parto e parto.
- Revisar alguns fundamentos teóricos da preparação para o parto.
- Introduzir os participantes às técnicas de relaxamento.
- Desenvolver habilidades para o manejo de técnicas de respiração para acompanhar o trabalho de parto e parto.

- Estudar o desenvolvimento e necessidades de recém nascidos durante os primeiros dias após o parto, a relação mãe-bebê e pai-bebê.
- Facilitar o planejamento da implementação do uso das técnicas de relaxamento e respiração nas salas de pré-parto e parto.
- Discutir as funções da equipe de saúde na implementação das ações.
- Discutir o sistema de registro das atividades de apoio desenvolvidas durante o pré-parto e parto.

### **2.3 Da avaliação dos resultados**

A avaliação de resultados foi dividida em módulos operativos, cada um deles destinado a avaliar um aspecto da implementação das ações: indicadores assistenciais, a perspectiva das mulheres atendidas e dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento. Esse conjunto permitiu compreender as mudanças tanto quantitativas como qualitativas na implementação de ações de humanização no atendimento ao trabalho de parto e parto no Hospital de Sumaré.

#### Objetivo geral

Avaliar os resultados da implementação das ações de humanização para o atendimento ao pré-natal de alto risco, trabalho de parto, parto e pós-parto no Hospital Estadual de Sumaré.

#### Objetivos específicos

- Comparar alguns indicadores de parto humanizado das estatísticas de serviço, antes e após a realização das capacitações.
- Comparar alguns indicadores de parto humanizado elaborados a partir da percepção das mulheres atendidas por profissionais, antes e após as capacitações.
- Descrever as vivências das mulheres participantes dos grupos de apoio em relação ao trabalho de parto e parto.
- Descrever as vivências das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto.
- Descrever as vivências dos profissionais capacitados quanto ao seu desempenho profissional após as capacitações.
- Descrever a percepção dos profissionais capacitados quanto às atitudes das mulheres atendidas, antes e depois das capacitações.

### **3. MÉTODO E ESTRATÉGIA DE AÇÃO**

#### **3.1 Etapa de capacitação dos profissionais para a implementação de grupos de preparação para o parto**

Foi realizada uma capacitação, teórica e prática, de 30 horas, para profissionais não médicos (enfermeiras e auxiliares de enfermagem) que atuavam no atendimento ambulatorial às gestantes de alto risco. Uma vez terminada a capacitação, durante a etapa de preparação da implementação dos grupos de preparação para o parto, como parte do atendimento de pré-natal no Ambulatório de Alto Risco, foram realizadas reuniões de acompanhamento. Participaram dessas reuniões a enfermeira e as auxiliares de enfermagem capacitadas para conduzir os grupos, as chefias de enfermagem e a coordenação médica do atendimento ambulatorial, com o objetivo de discutir e encontrar a melhor forma de introduzir mudanças na organização do atendimento ambulatorial que possibilitassem a inclusão dos grupos de preparação para o parto como parte do atendimento.

#### **3.2 Etapa de capacitação dos profissionais para a implementação de ações de humanização no atendimento ao pré-parto e parto**

Foram realizadas duas capacitações teórico-práticas: uma com carga horária de seis horas destinada aos profissionais médicos, e outra de 12 horas destinada aos demais profissionais que trabalham nas salas de pré-parto e parto, visando a atender às necessidades de cada grupo. Uma vez iniciado o processo de implementação das atividades de humanização ao atendimento da parturiente em sala de pré-parto e parto, deu-se início à etapa de acompanhamento.

O principal objetivo das reuniões de acompanhamento foi facilitar a discussão das dificuldades e das facilidades para a implementação das ações, discutir a viabilidade da implementação com as chefias e com os profissionais envolvidos no processo, definir as funções da equipe de saúde e aprofundar conhecimentos já trabalhados durante a capacitação.

#### **3.3 Etapa de avaliação dos resultados**

Os resultados da implementação das ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto foram avaliados utilizando abordagem quantitativa e qualitativa. Para a abordagem quantitativa foram utilizadas as estatísticas do serviço, e para a abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas com o objetivo de conhecer a percepção das mulheres

atendidas e dos profissionais de saúde quanto às ações de humanização e à implementação das mesmas. Também se redigiu um diário de acompanhamento da implementação do projeto.

#### **(a) Estatísticas do serviço**

A maioria dos dados da história obstétrica e do parto das mulheres atendidas na época da avaliação foi obtida a partir da Ficha Obstétrica (ANEXO 1) preenchida rotineiramente no Hospital. Informações referentes a indicadores utilizados na avaliação da implementação das ações de humanização foram digitadas diretamente em computador a partir das fichas obstétricas. Os dados foram coletados antes do início das capacitações (1 de junho até 9 de agosto de 2005) e após a implementação das ações de humanização (1 de junho até 1 de agosto de 2006). O tamanho da amostra foi definido em 400 casos. Ao final do levantamento pré-intervenção, foram incluídos na análise 399 casos, pois, após a digitação dos dados, ao fazer a consistência lógica, foi excluído um registro de parto, pois se tratava de uma mesma mulher que tinha dois registros hospitalares. No levantamento pós-intervenção foram incluídos dados de 422 fichas obstétricas.

Os dados obtidos a partir das fichas clínicas foram duplamente digitados, por pessoas distintas, utilizando-se o *software* SPSS e seu módulo de entrada de dados *Data Entry*. Para padronizar o trabalho de coleta de dados foi elaborado um Manual de Digitação (ANEXO 2). As duas digitadoras receberam capacitação quanto ao manejo do registro dos dados obstétricos contidos na ficha obstétrica do Hospital e do Manual de Digitação. Também foram orientadas em relação ao sigilo que devia ser mantido sobre a informação com a que estavam trabalhando e assinaram um Termo de Confidencialidade (ANEXO 3). Uma vez iniciada a primeira digitação, após a digitação das primeiras 30 fichas, foi realizado um controle de qualidade, sendo corrigidos os erros e discutidas as dúvidas. A digitação da segunda etapa foi realizada pelas mesmas digitadoras, e antes de iniciá-la, foi realizada uma reunião para reciclar as informações sobre como proceder e discutir as principais dificuldades que surgiram na primeira etapa. Novamente, após a digitação das primeiras 30 fichas, foi realizado um controle de qualidade, sendo corrigidos os erros e discutidas as dúvidas.

Tomou-se como base para a definição do tamanho da amostra a proporção estimada de partos horizontais igual a 67,6% (Santos & Siebert, 2001). Fixando-se um erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05 e tipo II ( $\beta$ ) de 0,20 e considerando uma diferença absoluta aceitável de 10% entre a proporção referida acima antes e após as capacitações (diminuição de 67,6% para 57,6%), calculou-se uma amostra de 386 partos por grupo (Fleiss, 1981). Considerando o número de partos atendidos nesse hospital, estimou-se em dois meses o tempo de coleta de dados para cada grupo.

Após as duas digitações, o banco de dados passou por análise de consistência lógica na qual foram corrigidas as inconsistências. Para isso foram consultadas novamente as fichas clínicas do hospital.

Para obter as informações que não estavam registradas na ficha clínica do hospital, como aquelas referentes a movimentação e/ou posição da mulher durante o pré-parto, utilização de técnicas respiratórias para o controle das contrações, presença do acompanhante durante o trabalho de parto e/ou parto, partos verticalizados, realização de episiotomia e de tricotomia, foi elaborado um questionário estruturado, com perguntas fechadas e abertas (ANEXO 4). Foram entrevistados médicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiras que atuavam no Centro Obstétrico (CO) e aceitaram participar voluntariamente.

### **(b) Percepção das mulheres atendidas**

Após a realização das capacitações, e uma vez implementadas as ações de humanização (outubro e novembro 2006), foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas com mulheres atendidas no CO. Todas as entrevistas foram realizadas por entrevistadoras treinadas, no dia em que as mulheres receberam alta. As participantes foram escolhidas propositalmente dentre as mulheres atendidas nos quatro turnos do CO (manhã, tarde, noturno par e noturno ímpar).

Foi elaborada uma ficha de caracterização das participantes, que continha informações sobre algumas características sociodemográficas das mulheres (idade, escolaridade, relação com o parceiro), história obstétrica (número de gestações, tipos de parto anteriores), número de consultas de pré-natal, participação em grupos de preparação para parto, número de vezes que participou do grupo, e presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto (ANEXO 5).

Também foi elaborado um roteiro temático, no qual foram abordados os seguintes temas: satisfação com a experiência do parto, com a presença ou ausência do acompanhante, orientação sobre as ações de humanização recebida no CO (movimentação, deambulação, respiração, relaxamento, episiotomia, analgesia, posição durante o parto, respiração e força durante o parto), percepção sobre cada uma dessas ações, facilidade ou dificuldade para colocá-las em prática, satisfação com o atendimento e percepção da qualidade de atenção recebida durante o trabalho de parto e parto. (ANEXO 6)

### **(c) Percepção dos profissionais de saúde**

Para conhecer a percepção dos profissionais foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas realizadas aproximadamente três meses após a participação desses profissionais nas capacitações. Todos os profissionais capacitados do CO e do Ambulatório de Alto Risco foram

convidados a participar da avaliação e foram entrevistados os que voluntariamente aceitaram, até completar o número necessário de entrevistas em cada categoria profissional (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem). Também foram entrevistados médicos e enfermeiras que ocupavam chefias consideradas importantes no processo de implementação das ações de humanização. A determinação do número de entrevistas seguiu o critério de saturação de informações (Patton, 1990).

Foi elaborada uma ficha de caracterização dos profissionais participantes, na qual foram registrados dados referentes a: idade, gênero, função (médico, supervisora de enfermagem, enfermeira, coordenadora de enfermagem, auxiliar de enfermagem, e em caso de outra função, qual), tempo de trabalho no Hospital, tempo de trabalho no CO e tempo na função (ANEXO 7).

Foram elaborados roteiros temáticos para as entrevistas com os profissionais do CO e chefias envolvidas na implementação das ações de humanização, os quais abordavam os seguintes temas: participação na capacitação, utilidade das informações trabalhadas para a implementação das ações de humanização, facilidades, dificuldades e papel dos profissionais na implementação, ações de humanização desenvolvidas no CO (posição, deambulação, respiração, relaxamento, presença do acompanhante), tricotomia, episiotomia, analgesia, posição na sala de partos, e realização de parto em posição vertical. Para os profissionais do Ambulatório de Alto Risco o roteiro temático abordou os seguintes temas: participação na capacitação, utilidade das informações trabalhadas para a implementação de grupos de preparação para o parto, facilidades, dificuldades e papel dos profissionais na implementação, e processo de implementação dos grupos. (ANEXO 8 )

Todos os roteiros foram elaborados e discutidos pela equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto, e também foram pré-testados e, quando necessário, revisados e reformulados. As entrevistas com os profissionais de saúde foram conduzidas por duas entrevistadoras que não integravam a equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto e que só participaram da etapa da avaliação, que incluiu discussão e elaboração do roteiro; realização das entrevistas; conferência das transcrições, discussão e elaboração das categorias de análise. As entrevistas com as mulheres foram conduzidas pela assistente de pesquisa do projeto e pelas duas entrevistadoras que somente participaram da etapa da avaliação. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas textualmente para posterior análise

## 4. ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 Análise dos dados quantitativos

Para o componente quantitativo da avaliação realizou-se uma análise comparativa dos dados coletados das fichas obstétricas pré e pós-intervenção. A análise comparativa das variáveis qualitativas foi realizada através do teste Qui-quadrado e as variáveis quantitativas pelo teste t de Student para amostras independentes. Foi utilizado o *software* SPSS para a análise estatística dos dados. Os principais indicadores analisados foram:

- Características sociodemográficas das mulheres (idade, estado civil, profissão)
- História obstétrica (número de gestações, tipos de parto anteriores)
- Número de consultas de pré-natal
- Dilatação do colo no momento da internação
- Duração do trabalho de parto
- Utilização de anestesia
- Porcentagem de partos verticalizados
- Porcentagem de episiotomias
- Porcentagem de tricotomias
- Porcentagem de partos com fórceps
- Porcentagem de partos vaginais
- Apgar do recém-nascido no 1º. minuto menor que 8

Os dados das entrevistas estruturadas realizadas com os profissionais do CO foram analisados de forma descritiva, focalizando principalmente as informações referentes às seguintes ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto:

- Movimentação e/ou posição da mulher durante o pré-parto
- Utilização de respirações durante o trabalho de parto
- Porcentagem de trabalho de parto acompanhado
- Utilização de anestesia
- Realização de partos verticalizados
- Porcentagem de episiotomias
- Porcentagem de tricotomias

## 4.2 Análise dos dados qualitativos

Os dados qualitativos foram analisados seguindo os procedimentos da técnica de análise temática, que consiste em identificar os elementos mais significativos nas falas dos entrevistados e agrupá-los em unidades de significado (Minayo, 1998). Como este estudo se constituiu em uma avaliação de serviço, a definição das categorias para a análise das entrevistas com as mulheres e com os profissionais de saúde foi elaborada a partir dos temas emergentes e dos objetivos propostos, procurando-se para isto consenso dos pesquisadores. A seguinte seqüência foi seguida para a análise das entrevistas: primeiro foram lidas e marcadas as categorias de análise por uma pesquisadora; em seguida, foram revisadas por outra pesquisadora. Quando não houve consenso sobre as categorias de análise assinaladas no texto, as entrevistas foram relidas por mais um pesquisador. Finalmente, a equipe de pesquisa discutia as marcações feitas nos textos das entrevistas, até obter consenso. Desta forma validaram-se os resultados.

Os resultados serão relatados de forma narrativa (Patton, 1990), conforme as categorias de análise. As principais categorias utilizadas para a análise das entrevistas com as mulheres foram: posição vertical e deambulação, respiração para o controle das contrações, analgesia, presença do acompanhante, tricotomia e satisfação com o atendimento recebido. E para aquelas mulheres que tiveram parto normal foram acrescentadas as seguintes categorias: episiotomia, orientação na sala de parto e posição na sala de parto (ANEXO 9)

As categorias definidas para a análise das entrevistas com os profissionais do CO foram: capacitação, aulas sobre as evidências científicas, posição vertical e deambulação, respiração, presença do acompanhante, tricotomia, episiotomia, posição na sala de partos, analgesia, conceito de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto, ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto implementadas no CO, e papel no processo de implementação das ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto (ANEXO 10).

Para a análise das entrevistas com os profissionais do Ambulatório de Alto Risco foram utilizadas as categorias referentes à capacitação e aulas sobre as evidências científicas, e as específicas, que se referiam a opinião sobre a humanização do atendimento à gestante, as ações de humanização do atendimento às gestantes implementadas, que estavam sendo implementadas ou que estavam planejadas para ser implementadas no ambulatório, e ao papel dos profissionais na implementação e viabilização técnica e institucional das ações no Ambulatório (ANEXO 10).

Para a análise do diário de acompanhamento da implementação, foram utilizadas categorias de análise elaboradas a partir dos temas emergentes. Foram identificadas duas categorias principais: dificuldades da implementação e elementos facilitadores para a implementação.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

Somente participaram da pesquisa pessoas que aceitaram e demonstraram sua vontade através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 11 e 12), conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

O Termo contemplou os seguintes aspectos: objetivos e finalidade da pesquisa, garantia de anonimato, garantia da utilização dos dados somente com a finalidade desta pesquisa, garantia de poder participar ou não da pesquisa sem sofrer qualquer prejuízo por sua decisão.

O respectivo Termo foi lido e assinado pelas pessoas que aceitaram participar do estudo, bem como pela pessoa responsável por realizar a entrevista com esses sujeitos. A todos os participantes foi fornecida uma cópia do Termo, assinada pelo entrevistador.

Em nenhum dos instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados, nem nas fitas gravadas, foi registrado o nome ou qualquer outra informação que permitisse identificar a pessoa entrevistada. Esse material foi identificado apenas por números.

Todos os instrumentos utilizados, bem como as fitas gravadas, serão armazenados por cinco anos sob responsabilidade do Cemicamp, após os quais serão destruídos.

## **6. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

### **6.1 Operacionalizando a capacitação e as aulas sobre evidências científicas**

Uma vez iniciado o levantamento das informações de base, em junho de 2005, deu-se início a uma série de reuniões que tiveram por objetivo apresentar o projeto e discutir a estratégia de capacitação dos profissionais do HES. Para isto foi estabelecido contato com a coordenação médica e clínica do Setor de Tocoginecologia do Hospital, que por sua vez estabeleceu contato com as chefias do Ambulatório de Alto Risco, CO e Sector de Internação de Tocoginecologia, para apresentar os objetivos do projeto. Posteriormente foi agendada a primeira reunião da Coordenadora do projeto com a Enfermeira Supervisora da Internação, Médico Coordenador

do CO e com a Enfermeira Responsável pelo Atendimento Ambulatorial. Com isto se objetivou iniciar o desenvolvimento do projeto de forma participativa, com o planejamento da estratégia de capacitação dos profissionais do CO, de Enfermagem e do atendimento ambulatorial.

Conforme sugestão das chefias de enfermagem, a primeira estratégia estabelecida foi capacitar os profissionais do CO fora do local de trabalho, no entendimento de que assim eles poderiam dispor de um tempo dedicado só à capacitação, e que isso poderia constituir um fator motivador para a participação. Para isto, os profissionais de cada turno foram divididos em dois grupos e estabelecidas as datas de participação na capacitação por um período de duas semanas para cada turno. Mesmo tendo um horário flexível para não prejudicar o atendimento no CO, foram estabelecidos horários tentativos para cada turno: o turno da manhã (TM) seria capacitado entre 10:00h e 12:30h, e o turno da tarde (TT) entre 13:30h e 16:00h. Com esta estratégia pensou-se que seria possível capacitar todos os profissionais dos turnos diurnos no mesmo período. Para o turno noturno (TN) foi seguida a mesma estratégia, e o horário estabelecido para as capacitações foi entre 19:30h e 21:30h. Seguindo essa estratégia seriam necessárias duas semanas para capacitar os profissionais do TN.

A Supervisora de Enfermagem solicitou que os/as auxiliares de enfermagem e enfermeiros/as da Enfermaria de Tocoginecologia fossem capacitados.junto com os profissionais do CO. Esse pedido estava fundamentado no interesse da instituição em ter o maior número de profissionais capacitados para realizar ações de humanização do atendimento à parturiente, e porque os profissionais da enfermaria freqüentemente substituíam os profissionais do CO nas folgas e férias.

Também ficou definido que:

- A Dra. Maria Y. Makuch conduziria a capacitação para os profissionais de enfermagem do CO, da Enfermaria de Tocoginecologia e do Ambulatório de Alto Risco. Uma vez terminadas as capacitações, seria iniciado o acompanhamento para facilitar a implementação das ações de humanização trabalhadas nas capacitações.
- O Dr. José Guilherme Cecatti seria o responsável pelas aulas sobre evidências científicas relativas às ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto para os médicos ginecologistas e enfermeiras, em um horário estabelecido pelos próprios profissionais para facilitar a participação da maioria deles.

Na segunda quinzena de agosto de 2005, também de forma participativa entre a coordenação do projeto e as chefias de cada setor, começou o planejamento das datas e a elaboração dos cronogramas. Foi decidido que as aulas sobre evidências científicas relativas à humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto seriam ministradas em dois encontros de duas horas cada, no horário de almoço. Foram agendadas para os dias 26 e 27 de setembro, 10 e 11 de outubro de 2005. O cronograma proposto inicialmente foi cumprido sem modificações.

Conforme o cronograma inicial, a capacitação do primeiro grupo do TM e do TT dos profissionais de enfermagem começaria no dia 5 de setembro de 2005. Mas, na semana anterior ao início das capacitações, foi observado que nem todas as chefias de enfermagem tinham sido comunicadas oficialmente sobre os objetivos e a metodologia do projeto. Motivo pelo qual foi adiado em uma semana o começo das capacitações, e foram realizadas as reuniões pertinentes. Assim, o início das capacitações do TM e TT foi agendado para o dia 12 de setembro de 2005. Nessa data também não foi possível dar início às atividades porque nem todos os profissionais do CO tinham sido informados oficialmente pelas coordenações de cada turno sobre a data de início, os objetivos e a estratégia das capacitações. As capacitações do TM e TT foram iniciadas no dia 14 de setembro de 2005. As capacitações dos turnos noturnos foram efetivamente iniciadas no dia 17 de outubro de 2005. As informações sobre as datas de início das capacitações também foram passadas pela rede interna de informática do hospital – INTRANET – à qual todos os profissionais têm acesso.

Uma vez iniciada a capacitação, foi constatada a dificuldade para os profissionais serem liberados do serviço e participar da capacitação em outro local, em um horário específico, porque isso gerava inconvenientes de ordem prática no funcionamento do CO. Depois de analisar os inconvenientes e as possíveis soluções junto com as chefias de enfermagem, foi modificada a estratégia de capacitação. Decidiu-se que os profissionais, tanto do CO como da internação de tocoginecologia, seriam capacitados em serviço, no próprio CO, em grupos pequenos de três ou mais participantes, na medida que pudessem ser liberados das atividades. Sempre que possível, se revezavam os participantes, priorizando os que não haviam participado do encontro anterior. Com esta estratégia foi possível dar uma seqüência às capacitações, mas o tempo necessário para realizá-las foi muito maior que o previsto inicialmente para cada turma, estendendo-se até Março de 2006. As mudanças dos profissionais de um turno para outro, férias, folgas, licença médica, saída de alguns e entrada de novos funcionários foram os fatores que contribuíram para que o tempo se estendesse. Outro fator importante foi que em alguns dias não foi possível realizar a capacitação, devido às exigências do serviço, principalmente quando havia vários partos acontecendo ao mesmo tempo. Em cada visita a capacitadora permanecia no CO até que os profissionais eram liberados. A princípio, os funcionários da internação iam até o CO para serem capacitados, mas quando não tinham como deixar o local de trabalho para ir até o CO, foram capacitados no próprio setor de internação.

Conforme estabelecido, uma vez terminada a capacitação dos profissionais do CO, foi iniciada a dos profissionais do Ambulatório de Alto Risco. Em vista da solicitação de duas Docentes de Enfermagem para participarem dessa capacitação, foi novamente modificado o cronograma inicial. Esta decisão baseou-se no entendimento de que, devido ao convênio entre o Hospital e a Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, era pertinente que os docentes que atuavam no

setor de obstetrícia do HES também pudessem participar da mesma capacitação que os demais profissionais de enfermagem da instituição.

A capacitação desse grupo de profissionais também foi realizada em serviço, em horário que permitiu que funcionárias do TM e TT pudessem participar. Foi agendada para ter início na segunda semana de novembro de 2005. Porém, devido às mudanças na estratégia da capacitação dos profissionais do CO, só foi possível iniciar as atividades com os profissionais do Ambulatório de Alto Risco na terceira semana de novembro 2005. Esta etapa de capacitações foi finalizada no dia 25 de janeiro 2006.

Devido a mudança de profissionais de enfermagem do HES, foi necessária a realização de uma capacitação extra para as coordenadoras dos quatro turnos do CO, com o objetivo de transmitir os principais conteúdos sobre a humanização do atendimento à parturiente, que estavam sendo implementados na instituição. Essa capacitação foi realizada em dois encontros, em 19 e 22 de junho de 2006.

## **6.2 Conteúdo da capacitação**

Paralelo à elaboração dos cronogramas, foram desenvolvidos os programas de capacitação dos profissionais do Ambulatório (ANEXO 13), do Centro Obstétrico (ANEXO 14) e das aulas sobre evidências científicas das ações de humanização do atendimento à parturiente, para médicos ginecologistas e enfermeiras (ANEXO 15).

O programa desenvolvido para os profissionais de enfermagem do Centro Obstétrico foi de quatro encontros, de aproximadamente uma hora cada. Em função da capacitação em serviço, o tempo para cada encontro ficou determinado pelas demandas do serviço; às vezes houve a necessidade de fracionar o conteúdo das aulas conforme o tempo disponível dos profissionais para participar; outras vezes foi preciso aumentar o conteúdo, juntando elementos de duas aulas. Devido a isso alguns profissionais de enfermagem participaram de mais encontros e outros de menos, porém o número de encontros não prejudicou o conteúdo das informações transmitidas. A informação sobre e a prática das respirações foram realizadas a partir do primeiro encontro e em todos os encontros de capacitação dos profissionais do CO, para favorecer o desenvolvimento das habilidades referentes ao manejo das mesmas.

O planejamento e desenvolvimento do conteúdo das capacitações e das aulas de atualização sobre evidências científicas relativas ao atendimento humanizado do pré-parto e parto foram realizados com base nas orientações do manual "Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher", do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), e dos dados obtidos no levantamento de base, pré-intervenção. Foram trabalhados os seguintes temas nas capacitações e nas aulas de atualização sobre evidências científicas:

- a) Capacitação dos profissionais de enfermagem
- Modificações corporais durante o trabalho de parto e parto
  - Vivências das mulheres ao longo dos três trimestres de gravidez
  - Vivências e necessidades da parturiente
  - Posição vertical, deambulação, banho
  - Respirações e relaxamento
  - Início do trabalho de parto e identificação do momento de internação
  - Controle das contrações e adequação corporal ao trabalho de parto
  - Permanência do acompanhante
  - Tricotomia e episiotomia
  - Discussão das Normas do Ministério da Saúde
  - Facilidades e dificuldades na implementação das ações de humanização no CO
  - Papel dos profissionais na implementação das ações de humanização no CO
  - Integração dos grupos de preparação para o parto ao atendimento rotineiro
  - Dinâmica dos grupos de preparação para o parto
- b) Aulas de atualização sobre evidências científicas
- Posição vertical durante o trabalho de parto e parto
  - Presença do acompanhante
  - Assistência clínica ao trabalho de parto e parto
  - Assistência humanizada ao parto
  - Discussão das Normas do Ministério da Saúde
  - Viabilidade, estratégias e dificuldades na implementação

Para todas as aulas foi preparado material de apoio, utilizado com auxílio de computador portátil (*notebook*). Também se utilizou um álbum seriado imantado, um modelo de pelve feminina com um útero e um recém-nascido, para mostrar e explicar as transformações anatômicas e fisiológicas no momento do trabalho de parto e parto. Também durante a capacitação dos profissionais do Ambulatório de Risco foram fornecidos os materiais que seriam úteis para a montagem e organização dos grupos – ficha de controle de participação, temas que devem ser abordados, bibliografia para ser consultada, desenhos e fotos que devem ser utilizadas nos grupos (ANEXO 16).

Cabe ressaltar que foram realizadas duas reuniões além das inicialmente planejadas para a capacitação dos profissionais do Ambulatório de Alto Risco. Isto se deveu à necessidade de incorporar mais alguns conteúdos à capacitação. Uma dessas reuniões foi coordenada pela Enfermeira Responsável pelo Ambulatório de Reprodução Humana do CAISM/UNICAMP e focalizou o planejamento familiar, e a outra foi dirigida por uma fisioterapeuta, que trabalha com

preparação para o parto, da Equipe de Fisioterapia do CAISM/UNICAMP, e focalizou o trabalho corporal com as gestantes.

Ao mesmo tempo em que foram preparadas as capacitações, foi organizado um CD contendo material bibliográfico sobre a humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto (ANEXO 17). A seleção das publicações baseou-se na qualidade e relevância das evidências nelas apresentadas. O material foi entregue para todos os profissionais que participaram das aulas sobre as evidências científicas da humanização do atendimento ao parto. Na mesma época, iniciaram-se os contactos no hospital para colocar esse material na INTRANET, com o objetivo de disponibilizá-lo para todos os profissionais do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, uma vez iniciada a capacitação dos profissionais. O material foi disponibilizado através desse meio a partir de dezembro de 2005.

Os principais conteúdos abordados na capacitação das enfermeiras coordenadoras dos quatro turnos do CO, em junho de 2006, foram: modificações corporais, posição vertical e deambulação durante o trabalho de parto e parto, relaxamento e respirações, vivências e necessidades da parturiente, incorporação da humanização no atendimento no CO, papel dos profissionais no CO e viabilidade de implementação (ANEXO 18).

### **6.3 Profissionais capacitados**

Foram realizadas 50 visitas ao Hospital, contando aquelas em que efetivamente foi possível capacitar e as em que não foi possível devido a necessidades do serviço, para se conseguir capacitar os profissionais de enfermagem do CO e da internação de tocoginecologia (Gráfico1). Cabe destacar que quando as necessidades do serviço não permitiam realizar a capacitação, a capacitadora aguardava por um período mínimo de uma hora para avaliar se seria fatível ou não desenvolver alguma atividade nesse dia. A decisão se iria ser realizada ou não a capacitação era tomada em conjunto pela capacitadora e a coordenadora do turno.

Além das visitas de capacitação, foram realizadas mais 17 visitas ao serviço para acompanhar os profissionais após a capacitação, no processo de implementação das ações, bem como 10 visitas para discutir em nível institucional a implementação das ações (Gráfico 2).

No total, foram capacitados 74 profissionais, sendo 51 do centro obstétrico, entre médicos (11), enfermeiras (6) e auxiliares de enfermagem (34). A diferença de um que aparece aqui em relação ao quadro é em função da participação de uma mesma profissional de enfermagem do CO na capacitação de não médicos e nas aulas sobre evidências científicas (Quadro 1). Os outros 14 profissionais também capacitados atuavam em outros setores, não previstos para receber capacitação no projeto original. Entretanto, houve solicitação de suas chefias no Hospital para que também fossem capacitados.

Todos os objetivos propostos para a capacitação, tanto dos profissionais que trabalham no atendimento do pré-parto e parto no Centro Obstétrico como no Ambulatório de Alto Risco, foram alcançados.

#### **6.4 Acompanhamento da implementação**

Apesar de haver consenso de que o atendimento obstétrico precisa mudar de paradigma no sentido de maior humanização, há ainda incertezas e pouca experiência em como proceder para implementar esse atendimento nos serviços de saúde. Portanto, o período de acompanhamento foi considerado uma oportunidade propícia para observar, documentar e facilitar o processo de implementação das ações de humanização do atendimento à parturiente. Por isto, desde o início do projeto foi realizado o registro sistemático das atividades desenvolvidas e observações, através de um diário.

O principal objetivo do acompanhamento, conforme proposto inicialmente no projeto, foi criar oportunidades, através de encontros programados, para discutir as dificuldades e facilidades da implementação das ações, aprofundar os conhecimentos teóricos já trabalhados durante a capacitação, e incorporar novas informações de acordo com a formação profissional e o interesse dos participantes, bem como reforçar as habilidades para o desenvolvimento do trabalho corporal e das respirações.

Entretanto, na medida em que se iniciou o desenvolvimento das atividades do projeto, começaram a ser observadas algumas dificuldades para a sua inserção institucional, a maioria das quais estavam relacionadas com falta de comunicação entre as diversas áreas da instituição. Para trabalhar essa dificuldade específica, foi iniciado o acompanhamento com o principal objetivo facilitar o diálogo entre a coordenação do projeto e as chefias da área médica e de enfermagem para viabilizar o processo institucional de: divulgação da proposta do projeto, definição das estratégias de capacitação, de implementação das ações de humanização do atendimento às parturientes e de implementação dos grupos de preparação para o parto no atendimento às gestantes de alto risco.

O tempo destinado ao acompanhamento do processo de capacitação foi dividido da seguinte forma:

- Acompanhamento pré-capacitação: discussão da inserção institucional do projeto e da estratégia de capacitação e acompanhamento (10 visitas) (Gráfico 2).
- Acompanhamento pós-capacitação: discussão para aprofundar conhecimentos e facilitar o processo de implementação das ações (17 visitas) (Gráfico 2).

As principais ações realizadas durante o acompanhamento estão resumidas no quadro abaixo:

PERÍODO	PRINCIPAIS AÇÕES
<b>Pré -capacitação</b>	Discussão da inserção institucional do projeto, da estratégia de capacitação e do acompanhamento
<b>Pós-capacitação</b>	<p><b>No CO</b>  Aprofundar a reflexão sobre as atitudes com os profissionais de enfermagem capacitados.  Acompanhar a implementação das primeiras ações de enfermagem no CO  Reuniões com a coordenação das áreas médica e de enfermagem para facilitar a implementação.  Capacitação de enfermeiras que assumiram a coordenação após a realização da primeira capacitação e da enfermeiras “folguistas”.</p> <p><b>No Ambulatório de Alto Risco</b>  Reuniões com a coordenação das áreas médica e de enfermagem para facilitar a implementação.  Reuniões após os primeiros encontros do grupo de preparação para o parto.</p>

Quando aproximadamente três quartos dos profissionais de enfermagem do Centro Obstétrico completaram a capacitação, deu-se início, ao final do mês de novembro de 2005, ao acompanhamento da implementação das ações. Esta atividade, da mesma forma que as capacitações, foi realizada em serviço e seguiu uma dinâmica similar, ou seja, as reuniões foram organizadas em pequenos grupos e/ou de forma individual, conforme a disponibilidade de tempo dos profissionais participantes. De maneira geral, observou-se que nesse primeiro período pós-capacitação as ações foram desenvolvidas a partir de motivações individuais e não se incorporaram às atividades desenvolvidas rotineiramente no CO.

O acompanhamento da implementação foi abrindo espaços para aprofundar a reflexão sobre as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação ao processo, e, por outro lado, nas reuniões foi ficando evidente que as dificuldades não estavam na compreensão do conteúdo das capacitações, mas, sim, no processo de implementação das ações. Portanto, nesse período de acompanhamento, continuaram a ser feitas reuniões com os coordenadores, tanto da área médicas como de enfermagem, com o objetivo de facilitar a procura de possíveis soluções para os problemas ligados à implementação das ações.

Os participantes das reuniões de acompanhamento foram estimulados a discutir os temas e as questões trabalhadas com aqueles que não tinham participado. O objetivo dessa estratégia foi fazer circular a informação entre os profissionais, de maneira a servir de motivação para a

continuidade das ações, para resolver dificuldades e obstáculos, e para socializar as facilidades na implementação das ações.

As visitas realizadas no mês de novembro de 2005 permitiram observar a implementação de algumas ações de humanização. Nesse primeiro período das visitas de acompanhamento foi observado que, embora se havia intensificado o estímulo ao banho, aproveitando esse evento para a deambulação, ainda havia dificuldades para aproveitar outros momentos para a deambulação e para a incorporação das respirações.

Apesar dos profissionais do CO já terem acompanhado um projeto lá desenvolvido pouco tempo antes do início deste estudo, que enfocou a presença de acompanhante escolhido pelas parturientes no trabalho de parto e parto, nem todos tiveram uma atitude receptiva à presença do companheiro/parceiro das mulheres, e houve dificuldades para que essa prática fosse incorporada na rotina do CO. Muitos condicionavam a presença do acompanhante à modificação do espaço físico, para que cada mulher em trabalho de parto tivesse um lugar mais privativo para estar com a pessoa de sua escolha.

Por outro lado, também houve exemplos de algumas situações em que as auxiliares de enfermagem tentaram implementar algumas ações e não conseguiram porque as parturientes não estavam receptivas às indicações. A detecção dessa situação permitiu trabalhar novamente com as auxiliares as vivências das mulheres em trabalho de parto e alguns aspectos relacionados à transmissão da informação.

Já no início do processo de acompanhamento houve relatos de implementação das ações em outros serviços nos quais os profissionais capacitados também trabalhavam, e de disseminação da informação passada durante as capacitações em outros ambientes de trabalho dos profissionais do CO, como equipes de PSF, outros serviços da rede pública e curso de auxiliar de enfermagem. Foi aproveitado o espaço de acompanhamento para a discussão da disseminação e implementação das ações de humanização nesses ambientes.

Pôde-se verificar, no transcurso das visitas de acompanhamento desse período pós-capacitação, que os médicos continuavam com o manejo ativo do trabalho de parto, mas, mesmo assim, tinham implementado algumas ações tendentes a incorporar ações de humanização trabalhadas nas aulas sobre evidências científicas, por acreditarem que com isso podiam melhorar o bem-estar das mulheres. Uma das primeiras ações da equipe médica foi a diminuição do rigor no jejum exigido para utilização de analgesia. Em relação à presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a maioria dos médicos considerava que era

necessária uma preparação para o acompanhante, se não a sua presença poderia dificultar o trabalho das equipes do CO, e que, antes de iniciar esta prática, deviam ser realizadas reformas na sala de pré-parto, a fim de manter a privacidade, principalmente das mulheres.

Prosseguindo com as visitas de acompanhamento nos primeiros meses de 2006, colocou-se como objetivo facilitar a inserção das ações de humanização do atendimento na rotina do CO, uma vez que ficara evidente no período anterior que nisto é que consistia a maior parte das dificuldades detectadas até então. Para isto, a estratégia estabelecida foi realizar reuniões com todas as chefias que tinham participado do processo de planejamento das capacitações para discutir facilidades e dificuldades, possíveis obstáculos institucionais e/ou de entendimento entre os diferentes grupos que compõem a equipe do CO. Nesse processo evidenciou-se que a mudança na coordenação dos turnos era um elemento-chave para compreender porque havia dificuldades em implementar as ações. Em dois dos quatro turnos a coordenação estava sendo realizada por enfermeiras que não tinham sido capacitadas; além disso, havia várias enfermeiras "folguistas" que também não haviam passado por capacitação. Logo se percebeu que a liderança das enfermeiras era um fator chave para efetivar a implementação das ações, razão pela qual no mês fevereiro de 2006 realizou-se uma nova capacitação de dois dias para essas profissionais.

Nessa mesma época já foi observado que algumas auxiliares de enfermagem começaram a assumir um papel mais ativo na implementação das ações: acompanhavam as mulheres estimulando-as a adotar uma posição vertical, a caminhar na hora de ir para o banho e, principalmente, a fazer a respiração profunda. Perceberam que isso ajudava as mulheres a acompanharem de forma mais tranqüila o trabalho de parto, e relatavam que tinham observado que a evolução do trabalho de parto era melhor, porque era mais rápida. Embora as auxiliares entendessem que não precisavam de mais capacitação com as respirações e que conseguiam fazê-las corretamente, referiam que não se sentiam à vontade para fazer as respirações rápidas, principalmente quando havia estudantes ou médicos na sala.

Nessa etapa do acompanhamento, verificou-se que a percepção de alguns médicos, que transpareceu em conversações individuais sobre o processo de implementação das ações de humanização do atendimento no CO, era de que a enfermagem deveria "apoderar-se" mais dessas ações e instituí-las como parte das rotinas. Na última semana de março de 2006, as ações de humanização foram incluídas no diário de atividades junto com as outras atividades que devem ser desenvolvidas na sala de pré-parto pela equipe de enfermagem.

Também neste período houve consenso da equipe de enfermagem e dos médicos de que a presença do acompanhante na sala de parto aos poucos estava sendo incorporada na rotina

do atendimento, e que, quando fossem instaladas divisórias, o acompanhante poderia estar presente também durante o trabalho de parto. Essa privacidade também foi considerada desejável pelas enfermeiras, para que se sentissem “mais à vontade” para trabalhar com as mulheres as respirações uma vez colocadas as divisórias.

O acompanhamento do processo de implementação das ações de humanização no CO se prolongou até a terceira semana de abril de 2006. Pôde-se observar no final desse período que as auxiliares, de forma geral, tinham uma maior aproximação às parturientes, passavam informações sobre a posição vertical e a respiração. O estímulo a adotar uma posição vertical, a deambulação e ao banho tinham sido implementados como parte da rotina. Quanto à incorporação das respirações, verificou-se que a respiração profunda e abdominal estava sendo passada para as mulheres, mas a respiração peitoral ainda não tinha sido incorporada na rotina e continuava havendo restrições para sua realização, bem como foram observadas dificuldades na sua realização. A respiração e a força no período expulsivo estavam sendo implementadas.

Também se pôde observar que mais mulheres tinham acompanhante, tanto durante o trabalho de parto como no parto, e que a resistência à participação do acompanhante tinha diminuído tanto por parte dos profissionais de enfermagem como dos médicos. Entretanto, ainda foram observadas dificuldades para implementar uma orientação sistemática e que fizesse sentido para as mulheres e para as pessoas que as acompanhavam. As divisórias foram colocadas após a finalização do acompanhamento no mês de junho de 2006.

Uma vez completada a capacitação dos profissionais que atuavam no atendimento ambulatorial a gestantes de alto risco, deveria dar-se início ao acompanhamento por um período de quatro meses. Este acompanhamento inicialmente estava programado para acontecer a cada quinze dias, durante os primeiros dois meses, e mensalmente durante o terceiro e o quarto mês, mas foi iniciado antes da finalização da capacitação para implementar os grupos de preparação para o parto. Esta mudança deveu-se à necessidade de iniciar o processo institucional de inserir os grupos no atendimento rotineiro do Ambulatório de Alto Risco. Para isto, a coordenadora do ambulatório preparou e apresentou um projeto às autoridades do HES, para justificar a incorporação dessa atividade às rotinas do atendimento, e a realização de algumas mudanças no sistema de agendamento das gestantes. O projeto apresentado na última semana de janeiro de 2006 foi aprovado em meados do mês de março. Na última semana de março de 2006 começou o processo de mudança no sistema de agendamento para facilitar a participação das parturientes nos Grupos de Preparação. Esse processo de mudança estendeu-se por um período de um mês. O início dos grupos de preparação para o parto foi programado para a primeira semana de maio 2006.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Levantamento estatístico

Em seguida, apresentam-se os resultados da análise dos dados quantitativos pós-intervenção comparados com os obtidos pré-intervenção, a partir das fichas obstétricas das mulheres atendidas no CO do Hospital Estadual de Sumaré.

#### *Perfil Sócio-demográfico*

A maioria das parturientes nos dois períodos estudados – pré e pós-intervenção - tinha até 29 anos de idade. Em torno de 60% das mulheres em ambos os grupos eram do lar, e 23,1% no grupo pré-intervenção tinha uma profissão remunerada, comparadas a 20,0% no grupo pós-intervenção. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao estado civil e à cidade de procedência das mulheres. Eram solteiras/separadas/divorciadas 14,6% das mulheres do grupo pré-intervenção, comparadas a 20,8% das do grupo pós-intervenção; eram casadas 49,4% e 55,7%, respectivamente. A maioria das parturientes provinha da cidade de Sumaré - 92,6% no grupo pré-intervenção e 86,7% no pós-intervenção (Tabela 1).

#### *Antecedentes Obstétricos*

Quase dois quintos das parturientes nos dois grupos eram primigestas (39,3% e 39,1% respectivamente). Pouco mais de um quinto das mulheres nos dois grupos já tinham tido pelo menos um parto vaginal: 21,8% no grupo pré-intervenção e 21,1% no pós-intervenção. Significativamente mais mulheres do grupo pré-intervenção já havia tido ao menos um parto por fórceps (6,8%), comparadas às do grupo pós-intervenção (1,9%); nos dois períodos avaliados, menos de um quarto das mulheres havia feito uma cesariana anteriormente. A grande maioria das parturientes dos dois grupos (85%) não havia tido nenhum aborto espontâneo, e apenas uma mulher (0,3%) no grupo pré-intervenção tivera um aborto provocado. No grupo pré-intervenção, 24,4% das mulheres tinham um filho vivo, enquanto essa proporção foi de 30,1% no grupo pós-intervenção. Menos de 2% das parturientes tinham relatos de filhos nascidos mortos em ambos os grupos (Tabela 2).

#### *Dados obstétricos da gestação atual*

A quase totalidade das parturientes nos dois períodos havia feito pelo menos uma consulta de pré-natal, porém foi significativamente maior a proporção de mulheres do grupo pós-intervenção (99,6%) que cumpriram essa condição, em comparação com as mulheres do grupo

pré-intervenção (94,6%). Menos de 1,5% no grupo pré-intervenção e 0,5% no pós-intervenção tiveram ameaça de aborto (Tabela 3).

#### ***Dados sobre o trabalho de parto e parto***

Quase 90% das parturientes estavam com idade gestacional de 37 semanas ou mais em ambos os grupos. Com relação ao tempo de duração do trabalho de parto, verificaram-se diferenças estatisticamente significativa entre os dois grupos. Para 34,2% das mulheres do grupo pré-intervenção o trabalho de parto foi de até duas horas, comparadas a 25,1% do grupo pós-intervenção; 20,0% no grupo pré-intervenção comparadas a 27,2% no pós tiveram de cinco a seis horas de trabalho de parto; a duração foi de sete ou mais horas para 24,5% no grupo pré-intervenção e 26,7% no grupo pós-intervenção. Embora não tenha se observado diferença estatisticamente significativa, no período pós-intervenção foi maior a proporção de partos por via vaginal normais (48,6% em comparação com 45,1% no pré -intervenção), e diminuiu a porcentagem dos partos cesárea (29,8% no pré e 28,2% no pós-intervenção) e por via vaginal com fórceps (25,1% no pré e 23,2% no pós-intervenção) (Tabela 4).

As principais indicações para a realização de uma cesárea foram: sofrimento fetal (30,2% no grupo pré-intervenção e 33,3% no grupo pós-intervenção), repetição-iteratividade (26,7% e 16,7% respectivamente) e distócia (21,6% e 27,2 % respectivamente). A indicação mais freqüente de fórceps em ambos os grupos foi o alívio: 50,5% no pré-intervenção e 62,4% no pós-intervenção. A abreviação do período expulsivo foi a indicação para 25,3% dos partos no primeiro grupo e para 12,9% no segundo. A distócia de rotação foi a indicação para pouco menos de um quarto em ambos os grupos (Tabela 5).

#### ***Dados sobre o recém-nascido do parto atual***

O Apgar de um minuto dos recém-nascidos foi maior ou igual a 7 para 87,8% no grupo pré-intervenção e 90,6% no grupo pós-intervenção. O mesmo Apgar aos cinco minutos foi observado em 99% dos casos em ambos os grupos. Nos dois momentos avaliados, em torno de 90% dos recém-nascidos tinham idade gestacional clínica de  $\geq 37$  semanas, determinada pelo método de Capurro (Tabela 6).

Em torno de 90% dos recém-nascidos nos dois grupos tinham peso  $\geq 2500$  gramas. A estatura dos recém-nascidos foi de até 49 centímetros em 56,7% dos casos no grupo pré-intervenção, e em 61,6% no pós-intervenção (Tabela 7).

*\* As tabelas correspondentes a este item encontram-se no final do relatório.*

## **7.2 Entrevistas estruturadas com profissionais do CO**

Resultados da análise descritiva das 22 entrevistas estruturadas realizadas pré-intervenção com profissionais (médicos e não médicos) que atuavam no CO em agosto de 2005.

### ***Perfil dos Provedores***

Dos 22 profissionais do CO entrevistados,, 13 eram auxiliares de enfermagem, cinco médicos e quatro enfermeiras; 19 eram do sexo masculino. Quase todos trabalhavam no CO há um ano ou mais (Tabelas 8 e 9).

Seis dos entrevistados referiram ter participado de capacitação em atendimento humanizado ao trabalho de parto e parto há um ano ou mais. O principal conteúdo abordado nessas capacitações foi o estímulo à ordenha/humanização para o aleitamento, conforme referido por quatro entrevistados. O tempo de duração dessas capacitações, informado por quatro dos profissionais, variou de duas a 18 horas. Nenhum deles fez reforço ou seguimento após ter participado dessa capacitação.

### ***Rotina de atendimento às parturientes do CO***

Segundo os entrevistados, eram dadas as seguintes orientações às parturientes quanto a movimentação durante o trabalho de parto: tomar banho (11); deambular (9); ficar deitada, manter decúbito lateral esquerdo e alternar decúbito lateral esquerdo para decúbito lateral direito (9); para se movimentar (4); para deambular se tem pouca dilatação (3); não tem uma orientação específica (3) (Tabela 10 e 11).

Quando perguntados sobre a permissão dada para as parturientes se movimentarem livremente durante o trabalho de parto como parte da rotina do serviço, oito dos entrevistados disseram que as mulheres podem se movimentar livremente, apenas um referiu que não podem e os outros colocaram situações específicas: podem se movimentar até receber a anestesia (7); se não for de risco ou se não for trabalho de parto prematuro ou bolsa rota (2). Também disseram que: não se oferece para as parturientes a movimentação livre, as parturientes não sabem que podem se movimentar (2); as parturientes preferem ficar na cama, e que é difícil que alguma mulher em trabalho de parto queira se movimentar (2).

Ao serem perguntados sobre se era permitido deambular ou não, todos referiram que era permitido, mas fizeram as seguintes observações: múltiparas e/ou parturientes com mais de 8cm de dilatação não podem (3); desde que não esteja com analgesia (2); tem médicos que implicam com a deambulação quando está muito lotado o CO (1); algumas desistem de caminhar por ter que levar o suporte pesado junto (1); e se for de risco não pode caminhar (1).

Todos os entrevistados disseram que era permitida a adoção da posição vertical, e alguns mencionaram as condições que limitavam a adoção dessa posição, tais como: receber analgesia (1); dependendo do estado psicológico da mulher - se estiver bem podia se movimentar (1); poucas parturientes queriam (1).

### ***Opinião dos profissionais com relação à posição mais adequada para permanecer as parturientes durante o trabalho de parto***

Na Tabela 12 se observa que os profissionais referiram que a posição mais adequada para a parturiente estar durante o trabalho de parto deve ser aquela em que ela se sentir melhor/mais confortável (11); em decúbito lateral esquerdo/ decúbito lateral (6); na posição vertical/ andando (5). Entre os entrevistados que referiram que a posição mais adequada para a parturiente permanecer durante o trabalho de parto é aquela em que ela se sentir melhor/mais confortável, a principal razão para isto foi que cada parturiente tem uma posição na qual se sente melhor/ algumas se sentem melhor sentadas e outras deitadas (9). Para os que referiram ser o decúbito lateral esquerdo ou decúbito lateral a posição mais adequada, a principal justificativa foi ter sido a orientação que recebeu durante sua formação (2). Entre os que disseram que a posição mais adequada é a vertical/ andando, a principal razão foi o fato de que ela auxilia o trabalho de parto/ estimula o parto/ bebê encaixa mais rápido/ evolui mais rápido o trabalho de parto (3).

### ***Rotina do CO com relação à parturiente ter um acompanhante durante o trabalho de parto***

Os resultados apresentados nas Tabelas 13 e 14 indicam que, segundo os profissionais, não era rotina no CO as parturientes terem um acompanhante durante o trabalho de parto (21), principalmente porque o CO não tinha estrutura física que permitisse/ não tinha privacidade para as parturientes/ não tinha biombos para separar os leitos/ leitos não eram individuais/ só tinha um leito separado do resto no CO (13). Foi referido por 13 deles que, algumas vezes, nos últimos meses antes do levantamento de base, de maio a agosto de 2005, as parturientes tiveram um acompanhante durante o pré-parto, na maioria das vezes o marido/companheiro (8) ou a mãe (7).

### ***Realização de tricotomia, episiotomia e partos verticais no CO***

Conforme apresentado nas tabelas 15, 16, 17, e 18 os profissionais consideraram que a tricotomia (20) e a episiotomia (17) eram realizadas como rotina no CO e que não se realizavam partos em posição vertical.

Dez dos entrevistados afirmaram que entre maio e agosto de 2005, a tricotomia era realizada sempre porque: por ser protocolo do hospital (4); pela desinfecção/evita infecção (3); atrapalha a sutura/ segundo o médico atrapalha (3); e solicitação do médico/ fica mais fácil fazer episiotomia (2). Para os profissionais que disseram que a tricotomia foi utilizada na maioria das vezes (7) ou algumas vezes (5), a principal razão para isto era o fato das parturientes já virem depiladas/tricotomizadas (8).

O uso da episiotomia na maioria dos partos vaginais foi referido por 15 profissionais; cinco disseram que era sempre utilizada, e dois deles disseram que se utilizava algumas vezes. A principal razão para sempre utilizar a episiotomia, foi em caso de primigestas (2). Para aqueles que referiram que essa prática é utilizada na maioria das vezes, as principais razões para isso foram: por se tratar de partos com fórceps/ altas taxas de fórceps (4); para facilitar a passagem da criança (3).

As duas principais razões para não terem sido realizados partos verticais foram: não ter estrutura/não tem cadeira/ não tem mesa (6) e não ser parte da rotina/ não é protocolo/ filosofia do serviço (6).

#### ***Uso de analgesia no trabalho de parto***

Observa-se na Tabela 19 que as parturientes atendidas no CO nos meses de maio a agosto de 2005 receberam analgesia no trabalho de parto sempre (10) ou na maioria das vezes (12) .

#### ***Centímetros de dilatação com que são admitidas as parturientes no CO***

Quando questionados sobre com quantos centímetros aproximadamente deveriam estar as parturientes para ser admitidas no CO, os entrevistados informaram valores que variavam desde 2 até 5cm. Cinco dos profissionais referiram de 3 a 4cm; quatro disseram acima de 2cm, três falaram que com 4 a 5cm, e outros três disseram que a admissão era feita quando as parturientes estavam em franco trabalho de parto/ depende da dilatação e da contração (Tabela 20).

*\* As tabelas correspondentes a este item encontram-se no final do relatório.*

### **7.3 Avaliação qualitativa das mudanças após as capacitações**

Os resultados da análise temática das entrevistas realizadas com 10 mulheres que tiveram o parto em agosto de 2006, 13 profissionais do centro obstétrico e uma do ambulatório de alto

risco (médicos e não médicos), em agosto de 2006, serão apresentados seguindo a seqüência das categorias estabelecidas.

## **a) Resultados das entrevistas com as mulheres**

### **Posição vertical e deambulação**

As mulheres, em geral, receberam orientações, ora dos médicos, ora das enfermeiras, para deambular e tomar banho. Segundo as mulheres, alguns profissionais disseram que, a deambulação ajudaria a dilatar mais rapidamente o colo uterino, enquanto o banho aliviaria a dor. Todas as mulheres que receberam essas orientações referiram que deambularam e/ou tomaram banho.

No geral, as mulheres não relataram ter recebido orientações para adotarem diferentes posições. Algumas disseram ter recebido orientação para permanecer em decúbito lateral. As orientações sobre a posição vertical e deambulação não foram dadas às mulheres quando estavam com dilatação cervical avançada. A justificativa dada para as mulheres foi que seu bebê poderia nascer enquanto ela estivesse deambulando.

*“A hora que eu tava sentindo muita dor aí o médico falava que era pra gente tomar um banho pra abaixar a dor. Aí dava uma melhorada na dor.” (E02)*

*“Ele falou [o médico] que é bom pra ajudar no parto a dilatar, a tomar banho pra, é, acalmar a dor, diminuir, só isso.” (E05)*

Em geral, as mulheres gostaram do banho, pois ajudava a aliviar a dor e a relaxar. Algumas acharam que o banho ajudou na dilatação, diminuindo o tempo do trabalho de parto.

Algumas mulheres disseram ter gostado de deambular porque houve alívio da dor e o trabalho de parto foi mais rápido, e algumas elegeram como melhor posição uma posição vertical (em pé, deambulando, de cócoras), pois aliviava a dor e tranquilizava. Entretanto, quando questionadas sobre qual era a melhor posição no pré-parto, a maioria referiu o decúbito lateral e algumas citaram o decúbito lateral esquerdo. A justificativa dada pelas mulheres foi o fato desta posição favorecer a oxigenação do feto, justificativa esta que, em parte, coincide com a orientação dada por alguns profissionais do CO, principalmente alguns médicos e anestesistas. Apenas uma mulher elegeu o decúbito dorsal como melhor posição no pré-parto.

*“Foi bom, né, porque ajuda bastante né, na hora em que a gente vai ter o nenê, na hora que a gente vai tomar aquele banho quente dá uma aliviada boa. Ah, eu achei que foi muito bom, né, a orientação de eles mandar a gente tomar banho.” (E02)*

*“Olha, eu acho que a pior posição é ficar deitada como eu to aqui, eu acho, pra mim eu queria sentar, eu queria levantar, sabe, andar um pouco porque deitar, ficar lá o tempo todo deitada é horrível”.*(E07)

*“Pra mim eu achei melhor, assim, com a barriga pra cima, né, mas eles falam que tem que ficar de lado”.*(E10)

*“Ah, é melhor, melhor (ficar em decúbito lateral), porque se você está de barriga pra cima, cê sente mais dor, então eles falam também que é pra gente ficar de lado pra, pra não prender a respiração do nenê. Foi o que eles me ensinaram, que era pra fazer isso”.*(E02)

*“Pra mim foi ótimo eu achei bom (caminhar e tomar banho). Porque eu estava sentindo bastante dor e a, diminuiu mais a dor, e ainda abriu dois centímetros a minha dilatação. (E08)*

*“E o banho ajuda também né, a dilatar mais rápido”.*(E09)

### **Respiração para acompanhar as contrações**

As entrevistadas referiram que receberam orientações sobre a respiração para controlar as contrações durante o trabalho de parto. As informações foram dadas tanto por enfermeiras(os) quanto por médicas(os), e as mulheres entendiam que foram suficientes para elas fazerem as respirações.

Ao descreverem o tipo de respiração, as mulheres disseram que tinham sido orientadas a respirar fundo e depois a “soltar devagarzinho”; outras referiram ter sido orientadas a fazer uma respiração mais rápida “de cachorrinho” e depois fazer uma profunda e soltar devagar. Somente uma entrevistada referiu que foi orientada, pelo médico, a segurar o fôlego e fazer força mesmo estando no pré-parto, porque já estava com cinco centímetros de dilatação

*“MA4b: Como que era essa respiração, como que era pra fazer?”.*

*E: Ah, ela falava pra gente fazer, respirar bem fundo e soltando a respiração devagar né.”* (E2)

*“K4a: Quais foram essas orientações que você recebeu com relação a respiração?”*

*E: Quando vinha as contração?*

*K4a: Isso.*

*E: Segurar o fôlego, fazer força e soltar só depois que terminava a força é difícil, mas dá pra fazer.*

*K4b: Ham, ham, e quem deu essa orientação?”*

*E: Essa foi o médico.”* (E3)

*“MA4a: Quais foram as orientações que você recebeu em relação à respiração?”.*

*E: Respirar fundo e soltar o ar.*

*MA4b: Quem que deu essa orientação?”*

*E: Foi a médica.*

*MA4c: E essa orientação que a médica deu, ela, ela foi suficiente ou não pra você fazer as respirações?”*

E: Foi.  
MA4d: Por quê?  
E: Ela explicou certinho, não foi difícil.”(E4)

“E: Falaram que tinha que respirar fundo e soltar devagarinho pela boca. Pra mim fazer isso.

S4a: Mais alguma coisa te falaram sobre isso ou não?  
E: Não, mais isso mesmo. Num, e ficar calma.  
S4b: E quem que deu essa orientação sobre a respiração?  
E: Ah, o médico e as enfermeiras também.” (E5)

“MA4: Enquanto você estava na sala de pré-parto, enquanto tava tendo as dores, você recebeu orientação quanto ao tipo de respiração a ser utilizada durante as contrações ou não?

E: Várias vezes. Ela ensinava a respirar de todas as formas.  
MA4a: Como que era, você lembra pra me contar?  
E: Ah, teve uma hora que eu dei até risada, falou tipo: cachorrinho, respirar rapidinho, assim mais de um momento pro outro, demorar mais a respiração, não muito rápida, sabe? Respirar fundo.” (E6)

“E: Falaram que era pra mim quando tivesse com dor forte, respirar bem rápido, rápido, rápido, quando fosse diminuindo respirar bem calma, calma, pra dor, quando a barriga começasse a ficar dura de novo aí rápido, rápido, “despois”, continuar, quando tivesse ficando mole a barriga, aí voltar rápido, devargazinho, devargazinho.

S4b: E quem que deu essa orientação pra você?  
E: Foi a enfermeira Fulana.”(E8)

Uma das entrevistadas relatou que, embora ela não tivesse recebido orientação sobre a respiração da enfermeira que a estava atendendo, observou que a parturiente do leito ao lado recebeu orientações do enfermeiro que a estava assistindo.

“S4: Enquanto você estava na sala de pré-parto, recebeu orientação quanto ao tipo de respiração a ser utilizada durante as contrações ou não?

E: Não. Assim, teve alguns enfermeiros que fala sim, mas pra mim, a enfermeira que tava comigo não falou não.

S4: E como você sabe que tem alguns enfermeiros falam?  
E: é porque fica tudo um pertinho do outro, sabe? Das mulher, das grávida, aí tem os enfermeiros que fica com as do lado, com as vizinhas assim aí eles falam que são mais atencioso eu acho, né! Aí têm outros que já chega, só põe o soro e não fala nada.”(E10)

De modo geral, na opinião das mulheres, fazer as respirações não foi difícil, apesar de algumas relatarem que tiveram dificuldades para realizá-las. Mas, apesar disso, foi unânime entre elas que as respirações auxiliaram no controle das contrações, aliviando e diminuindo as dores. Uma das entrevistadas, que referiu sentir falta de outra coisa para diminuir a dor, relatou que a respiração, apesar de não considerá-la suficiente, tinha servido para diminuir a dor. Outra ainda referiu que as respirações mais a força realizada tinham a vantagem de dilatar mais rápido.

“S4c: ...E você acha que essa informação que deram pra você sobre a respiração foi suficiente ou não?

E: Ah suficiente não é, né.  
S4c: Não?

*E: Tinha que ser, ter uma outra coisa para diminuir a dor, mas foi a que me deram.*

*S5: Tá certo. É, o que você achou de fazer essa respirações, ficar respirando fundo?*

*E: Ah é bom, diminuiu.*

*S5: Só te falaram de respirar fundo ou te falaram de outro tipo de respiração?*

*E: Falaram dessa daí só, respirar fundo e.*

*S5: E porque você achou que é bom?*

*E: Porque que nem eu falei diminui a dor.*

*S5a: É, foi fácil ou difícil fazer a respiração, respirar fundo?*

*E: Bom enquanto a dor tava, as contrações estava menor era, mas depois ficou um pouco difícil. Mas você tem que continuar fazendo.*

*S5c: Tá. E você achou que a respiração auxiliou no controle das contrações ou não?*

*E: Diminuiu, diminuiu a dor.” (E5)*

*“MA5c: E você achou que a respiração auxiliou no controle das contrações ou não?*

*E: Se ajudou? Ajudou bastante.*

*MA5d: Porque?*

*E: Ah, porque eu acho através do, igual elas ensina pra gente respirar dessa forma ajuda, né, ajuda a passar a contração.” (E6)*

*“S5c: E você achou que a respiração auxiliou no controle das contrações ou não?*

*E: Ham, ham, achei.*

*S5d: Por que você achou isso?*

*E: Ah porque cada vez mais que, cada vez que aumentava as contrações que eu fazia diminuía aquilo, aliviava não diminuía, aliviava a dor.*

*S5d: Ham, ham.*

*E: Cada vez mais que eu ia fazendo aliviava a dor.” (E8)*

## **Analgesia**

A maioria das entrevistadas relatou que recebeu analgesia durante o pré-parto. Uma mulher disse não ter recebido “nenhum remédio” para aliviar “as dores” da contração e que seu parto foi uma cesárea.

*“S6: E não deram nenhum remédio então pra tirar essas dores da contração?*

*E: Não.*

*S6: Não, você ficou com contração até o fim?*

*E: Fiquei. Eles não deram.” (E5)*

Quanto à posição em que deveriam ficar após a analgesia, as entrevistadas disseram que a orientação recebida era para ficarem de lado. Apenas uma mulher disse não ter recebido orientação sobre isso e que ficou “de barriga para cima”. Segundo uma das entrevistadas que foi orientada a ficar de lado, foi dito que era para permanecer nessa posição para não machucar o bebê. Quanto a quem deu a orientação em relação à posição que deveriam adotar após a analgesia, o(a) médico(a) foi referido com maior frequência, mas algumas também se referiram às(os) enfermeiras(os).

*“K6a: E que orientação você recebeu com relação a posição em que você deveria ficar após ter recebido a analgesia?*

*E: Éh, eu fiquei de barriga pra cima né, porque é ruim virar de lado, fica ruim.*

*K6b: Certo, e quem que deu essa orientação?*

*E: Ninguém não, foi eu que fiquei mesmo.” (E1)*

*“MA6a: Que orientação você recebeu em relação à posição em que você deveria ficar depois de ter recebido analgesia?*

*E: Do mesmo jeito, do lado esquerdo deitada com as pernas em cima uma da outra.*

*MA6b: E quem que deu essa orientação?*

*E: A médica.” (E4)*

*“S6a: E depois que eles deram anestesia éh, eles falaram se era pra você ficar deitada, em pé!! Falaram o jeito de vocês tinham que ficar ou não?*

*E: Não, só me levaram de volta pra sala de pré-parto e falou pra mim continuar de lado né, de ladinho pra num, pra não machucar o bebê.” (E7)*

Apenas uma mulher referiu ter sido orientada pelo médico sobre respiração após ter recebido analgesia, que era para seguir a mesma orientação dada antes para fazer respiração, ou seja, inspirar, segurar a respiração e fazer força e depois soltar devagar. As demais referiram não ter recebido orientação sobre a respiração porque não sentiam mais dores. Uma entrevistada disse que a enfermeira e o médico orientaram-na a fazer força no período do pré-parto.

*“MA6: E as respirações, você teve algum tipo de respiração nesse momento ou depois?*

*E: Não, daí não precisou mais, eu fiquei com o corpo todo imobilizado e a dor foi embora. Inclusive também na hora do bebê nascer também eu não senti.*

*MA6: E ninguém orientou a respiração, pra você fazer?*

*E: Não porque eu já tava boa, né, eles perguntou como é que eu tava eu falei ah, eu já to melhor né, a dor foi embora.” (E2)*

*“K6c: E sobre as respirações depois da analgesia, você recebeu alguma orientação?*

*E: A mesma coisa de antes.*

*K6d: Ah, a mesma coisa?*

*E: Assim sempre que vinha a contração, claro depois que fez a analgesia fica um bom tempo sem dor né.*

*K6d: Ham, ham.*

*E: Ah, mas aí depois que começou vir a contração foi a mesma orientação de antes, prender, segurar a respiração e fazer força e depois soltar devagar.*

*K6e: Ta e quem que deu pra você?*

*E: O médico...” (E3)*

*“K6c: E sobre a respiração, as respirações depois da analgesia você recebeu alguma orientação?*

*E: Ah recebi pra fazer força né.*

*K6d: Então mesmo depois de ter tomado a analgesia?*

*E: É, fazer força que ele tava muito alto.*

*K6e: Certo e quem que deu essa orientação pra você?*

*E: As enfermeiras, depois foi o médico também que fez o toque, que ele tava um pouquinho alto, aí mandou fazer um pouquinho de força.*

*MA6d: E sem ser a força pra respirar mesmo, tinha algum tipo de respiração que você tinha que fazer ou você respirava do jeito que você queria?*

*E: Eu respirava normal.” (E1)*

## **Presença do acompanhante no pré-parto e parto**

A maioria das entrevistadas não ficou acompanhada durante o pré-parto. E as razões para isto foram: porque não queria um acompanhante, não tinha alguém para acompanhá-la, não sabia que podia ter acompanhante, a orientação recebida era que o acompanhante só podia assistir o parto e disseram que na internação não podia ter acompanhante. As mulheres que não quiseram um acompanhante disseram que tomaram essa decisão porque achavam feio ser vistas nessa situação e porque preferiam estar sozinhas. As que disseram que não tinham alguém para acompanhá-las referiram que o marido estava trabalhando ou que ele achava que não agüentaria vê-la sofrer, ou tinha horror de assistir o parto.

*“K7: E durante o tempo que você esteve na sala de pré-parto, é, você esteve acompanhada por alguém de sua escolha?*

*E: Não, porque eu não quis.*

*K7: Ah e por que você não quis?*

*E: Eu acho feio. (Risos)” (E1)*

*“S7: Durante o tempo que você esteve na sala de pré-parto, esteve acompanhada por alguém de sua escolha?*

*E: Não.*

*S7: Não?*

*E: Não.*

*S7: Por quê você não teve ninguém?*

*E: Eles disse que não podia.*

*S7: Ah, tá, quem que disse isso pra você?*

*E: Lá embaixo mesmo.*

*S7: Ah, tá.*

*E: Foi que elas poderia, era pra ir embora e deram a roupa pra eles levar né, que não podia, aí eles foram embora.*

*S7: Éh, então, porque ela chegou e daí eles falaram que não podia ficar ninguém junto, quem trouxe a senhora?*

*E: Foi a minha cunhada, a minha vizinha e o esposo dela e minha filha.” (E7)*

*“S7: É, durante o tempo que você esteve na sala de parto você tava acompanhada de alguém da sua escolha, ficou alguém junto com você?*

*E: Da minha família não.*

*S7: Você, nenhum acompanhante?*

*S7: Por que não ficou ninguém?*

*E: Eu chamei meu esposo, mas ele não quis ficar não, que ele disse que não agüentava não ver eu sofrendo. (risos)” (E8)*

*“S7: Não? Durante o tempo que você esteve na sala de pré-parto, esteve acompanhada por alguém de sua escolha?*

*E: Assim de casa? Que você fala.*

*S7: É.*

*E: É, podia, mas não veio porque não tinha como vir, não podia.*

*S7: Ah, ta.*

*E: Mas eles falaram que, ia poder ver só a hora do parto mesmo.*

*S7: Hum, hum, ta.*

*E: Assim, junto na hora que ta as contrações, não.*

*S7: Mas, é, um, você não tinha uma pessoa disponível da sua família pra poder vir, é isso?*

*E: É. Hum, hum.” (E10)*

Entre as mulheres que ficaram acompanhadas durante o trabalho de parto, em geral esse papel foi desempenhado pelo companheiro ou por um parente (cunhada e tia). Uma relatou ter recebido orientações de um profissional de enfermagem sobre a presença do acompanhante e que esse profissional foi insistente na orientação. Segundo as mulheres, as orientações dadas pelas enfermeiras aos acompanhantes foram que deveriam ficar sentados ao lado da parturiente, não mexer em nada, só olhar, não podiam se movimentar nem colocar a mão em nada, e ficar perto da parturiente para ajudar a acalmá-la. Uma das mulheres entrevistadas referiu que não sabia se o acompanhante havia recebido alguma orientação.

*“MA7: Durante o tempo que você esteve na sala de pré-parto, você esteve acompanhada por alguém de sua escolha?*

*E: Teve. A moça falou pra mim, pra mim ligar para algum familiar e eu liguei pra minha tia e ela veio.*

*MA7a: E você recebeu algum tipo de orientação em relação ao acompanhante ou não? Do pessoal do Centro Obstétrico.*

*E: De Orientação?*

*MA7a: É.*

*E: Como assim?*

*MA7a: Eles te falaram alguma coisa pra você...*

*E: Que podia vim, tal.*

*MA7a: Isso.*

*E: Foi. Eles insistiram à noite quando eu entrei, que eu só fui ganhar no outro dia, há meio dia e quinze, aí eles perguntaram umas par de vez, só que a minha irmã não quis ficar, aí eu liguei pra minha tia e ela veio.*

*MA7b: E quais foram as orientações que o pessoal do Centro Obstétrico deu a você em relação ao acompanhante? O que eles falaram?*

*E: Não, eles falou assim: que se queresse que o marido, ou um parente, irmão, assistisse a hora do parto, que podia. Aí a gente ficou disponível sabendo que podia.*

*MA7c: E quem deu essas orientações?*

*E: Foi a enfermeira.” (E6)*

*“K7d: E o seu acompanhante recebeu algum tipo de orientação?*

*E: Recebeu.*

*K7e: Que tipo de orientação?*

*E: Ele tinha que ficar sentado do lado, não podia mexer em nada.*

*K7e: Ham, ham.*

*E: Lençol, em mim nada, remédio, ele tinha que ficar só sentado, só olhando, não andar, não se movimentar, não colocar a mão em nada.*

*K7f: E quem deu essa orientação pro seu acompanhante?*

*E: A enfermeira.” (E3)*

*“S7a: Tá. É, você recebeu algum tipo de orientação em relação ao acompanhante ou não?*

*E: Não. Do acompanhante?*

*S7a: É, falaram alguma coisa lá no centro obstétrico pra vocês com relação ao acompanhante ou não?*

*E: Não, só falou que ela ficasse lá perto de mim, pra me ajudar a acalmar.” (E5)*

Na opinião das mulheres entrevistadas a presença do acompanhante durante o pré-parto foi algo muito positivo. Mencionaram ser muito bom, uma vez que ficaram mais tranquilas, não se sentiram sozinhas e as dores até diminuíram.

*“E: É melhor. Deixa você bem mais tranqüila. As contrações vêm, mas você tem, você vê que tem uma pessoa conhecida é muito legal.” (E5)*

*“MA8: Como você se sentiu com a presença do acompanhante na sala de pré-parto? Ele ficou, a sua tia ela ficou só na hora do seu bebe nascer ou ela ficou durante também?*

*E: Não ela ficou desde a hora que ela chegou até a hora que eu ganhei.*

*MA8: E como você sentiu com a presença dela nessa sala de pré-parto?*

*E: Ah, eu senti que ela me ajudou muito, porque se não fosse ela ali, eu ia me sentir mais sozinha, né! E aí eu ia sofrer mais. Porque parece que com ela ali as dores eram menos, porque ela me ajudava, ela fazia massagem, né! Até as enfermeiras achou que ela foi uma pessoa muito bacana, assim.” (E6)*

### **Tricotomia**

A maioria das mulheres fez a tricotomia em casa, mas algumas referiram que no CO refizeram a depilação.. As razões referidas para ter feito a depilação em casa foram diversas: por já terem tido outros filhos e saber que teriam que fazer; porque têm enfermeiros que não gostam de depilar as mulheres, então era preferível elas mesmas fazerem; porque o marido prefere depilá-la a que sejam os enfermeiros; e porque tem o hábito de se depilar. Nenhuma mulher referiu ter sido consultada sobre se queria fazer ou não a tricotomia.

*“MA8c: E aqui no CO alguém perguntou se você queria fazer a depilação ou não?*

*E: Não, ela, a moça mandou, né, eu, primeiro eu fui tomar banho, né, daí depois ela viu, ela pegou, vamos, a gente vai ter que depilar você, eu falei ah, esses dias mesmo eu fiz isso, aí ela olhou e falou assim, ah, vou tirar só um pouquinho, né, que ta bem pouquinho, tava bem aí ela pegou e não precisou tirar não, tirou só um pouquinho só, mas é porque eu já tinha feito, né, por isso que não precisou tirar, tirou muito pouco, aí ela perguntou, ela que mandou eu deitar e ver como é que tava, aí eu deitei naquela maca, ela olhou falou ah, não vai precisar tirar, só um pouquinho, aí ela pegou e tirou.*

*MA8: Mas ela perguntou se você queria tirar?*

*E: Não, ela perguntou, mas como eu já tinha feito né, aí eu falei assim não, já fiz, não precisa tirar.” (E2)*

*“S9: Você teve que fazer a tricotomia, se depilar por baixo ou não?*

*E: Eu tinha feito em casa e quando chegou aqui e acho que tinha algum pelinho assim ainda e aí a moça tirou...” (E7)*

*“K9: Certo, e você teve que fazer a tricotomia, se depilar ou não?*

*E: Não porque o meu esposo fez, fez em casa pra mim.*

*K9a: Ta e como que foi essa experiência?*

*E: Lá em casa?*

*K9a: Isso.*

*E: Pra mim foi normal porque na minha primeira gestação também ele que depilou.*

*K9c: E por que você, ele quem te depilou em casa?*

*E: Ele prefere ele, do que enfermeira ou enfermeiro no hospital.” (E3)*

*“K9d: E aqui no hospital alguém perguntou se você queria fazer ou não tricotomia?*

*E: Não falou que eu tinha que fazer.” (E3)*

*“S9c: É, e porque você fez em casa? Alguém falou pra você fazer? Foi você mesmo?”*

*E: Porque na primeira gravidez minha eu não fiz, eu fiz, no, no hospital e eles que fizeram. Aí na segunda, o pessoal fala: que é melhor fazer em casa, né. Porque tem uns enfermeiro que não gosta. Aí eu fiz em casa!” (E10)*

Quanto à opinião das mulheres sobre a tricotomia, a maioria não referiu desgostar de realizar a depilação, e uma entrevistada referiu gostar de se depilar. Algumas disseram não gostar de fazer a depilação no hospital por que tinham vergonha, e uma delas acrescentou que era uma situação que, embora desgostasse, devia ser aceita para colaborar com os médicos. De modo geral, as entrevistadas relacionavam a tricotomia com limpeza e higiene. Algumas ainda disseram que a tricotomia deve ser feita porque, caso houvesse necessidade de uma cirurgia de emergência, a tricotomia garantia um corte limpo, e isso foi considerado melhor na situação de cesárea. Uma das entrevistadas falou que, se tivesse a opção de fazer ou não a tricotomia, ela optaria por fazê-la por considerar mais higiênico.

*“K9a: Ah tá, e como que foi essa experiência de ter que se depilar em casa?”*

*E: Não porque desde o primeiro eu depilo em casa, já venho limpinha.*

*K9b: Tá, e por que você faz depilação em casa?”*

*E: Ah porque eu fico com vergonha, né, de chegar assim tudo coisado aqui, aí eu já sei que tem que depilar, eu depilo em casa.” (E1)*

*“K9d: E se você tivesse opção de não fazer a depilação você faria mesmo assim ou não?”*

*E: Ah eu faria.*

*K9d: Por que?”*

*E: Porque é mais, mais higiênico.” (E3)*

*“S9: Tá, como você se sentiu, é, você teve que fazer a tricotomia ou se depilar por baixo?”*

*E: Sim.*

*S9a: Como que foi essa experiência pra você?”*

*E: Ah normal, eu tava tranqüila. Eu sabia que eles iam fazer isso, não deu tempo em casa.*

*S: (Ri). Ham, ham.*

*S9a: Então pra mim foi bom, você tem que aceitar, né, tem que passar, tem que, colabora com os médicos, melhora para mim, então...” (E5)*

*“MA9d: Se fosse pra escolher, pra não fazer a depilação ou pra você fazer, o eu você escolheria? Fazer ou não fazer a depilação?”*

*E: Porque eu ia ganhar sem fazer é isso?”*

*MA9d: Isso. O que você acha de ganhar...”*

*E: Tem que fazer, tem que fazer.*

*MA9d: Porque?”*

*E: Porque eu acho um termo de higiênico né, e eu acho que é o normal da, dos hospitais, né!” (E6)*

*“S9a: Ah tá, e como que foi essa experiência aí de você depilar?”*

*E: Não que, da outra menina também eu já fui já depilada pro hospital.*

*S9a: E você gosta de se depilar ou não?”*

*E: Eu gosto.” (E9)*

## **Episiotomia**

Entre as mulheres que haviam tido partos por via vaginal, apenas uma referiu que a episiotomia não tinha sido realizada, e outra não sabia se tinha sido realizada ou não, ou se somente “foram dados pontos por baixo”. Entre as que referiram que foi realizada a episiotomia, apenas uma referiu não saber por que era feita, e as demais disseram que era feita para ajudar a criança a nascer, quando a criança era grande.

*“S10: Foi feita a episiotomia ou um corte para ajudar o bebê a nascer ou não?”*

*E: Eu não sei ainda direito se foi, se é isso daí, porque eu levei ponto por baixo.*

*S10: Ah, você levou ponto por baixo?*

*E: Aí eu não sei no que foi (riso) assim porque o dos pontos né.*

*S10: É na vagina né?*

*E: É, a moça disse que é nas laterais, dos lados.” (E7)*

*“K10a: E você sabe por que foi feito?”*

*E: Porque ele é muito grandão (risos).” (E1)*

*“MA9a: E você sabe porque que foi feito?”*

*E: Ah, eu acho que tava meio difícil, né, meio fechado. Aí ele pegou e teve que cortar, mas bem pouquinho.*

*MA9: Alguém te falou porque que ia fazer?”*

*E: Então, porque quando diz que o nenê não nasce né, assim às vezes a criança é meio graúda, eles pegam, eles ajudam, né.” (E2)*

## **Orientação recebida na sala de parto**

Todas as mulheres entrevistadas relataram que foram orientadas na sala de parto quanto à força e respiração a serem realizadas. As orientações foram dadas pelo médico, e consistia, basicamente, em fazer uma inspiração, prender a respiração (apnéia) e realizar a força. As orientações recebidas foram suficientes para que elas conseguissem realizar a respiração e a força.

*“Recebi, pra prender um pouquinho a respiração e por força.” (E01)*

*“A hora que viesse as contrações, eu já não tava sentindo, mas a hora que a barriga endurecesse era pra respirar fundo e segurar o ar e segurar as mãos no ferro e fazer força.” (E04)*

*“Só na sala lá de parto é que eles (os médicos) falaram pra fazer a força como se fosse um, éh, de cocô né, então falou: faz força de cocô bem forte assim né pra ajudar o bebê né.” (E06)*

## **Posição sala de parto**

A posição orientada pelos médicos às mulheres na sala de parto foi o decúbito dorsal, em posição “ginecológica”.

*“Deitada com as pernas em cima daqueles, daqueles dois apoios que eu não sei falar o nome.” (E03)*

*“De parto eu tava deitada com, eles, falaram pra mim colocar as pernas na posição de né, naqueles ferrinhos lá, ela tava bem posicionada assim, não sei a posição que eles falam né.” (E07)*

*“Foi o médico, ele falou deita, fica na posição da coisa e com as duas pernas aqui, as duas laterais lá do ferro, né, dos lados e amarraram as pernas e fiquei lá fuçando.” (E07)*

No geral, as mulheres acharam a posição “ginecológica” boa para o parto. Associavam esta posição a uma menor duração do período expulsivo e a um maior bem-estar fetal. Consideraram que essa posição facilitava o trabalho do médico; uma das entrevistadas relatou sentir-se envergonhada nesta posição e outra achou que a posição facilita fazer força. Algumas entrevistadas relataram desconhecer outras posições.

*“Eu acho que é normal, a posição normal (ginecológica), pra um parto normal igual eles faz, acho que é mais rápido.” (E01)*

*“...dá vergonha mesmo, né, acho que qualquer mulher [risos], qualquer mulher na minha posição (ginecológica) acho que pensaria o mesmo né.” (E02)*

*“É mais fácil pra não fazer dor, pro médico trabalhar, fica tudo mais fácil, fazer dor não, fazer força.” (E03)*

*“Eu conheço como a coisa só essa, eu não sei de outra maneira, nem sei, nem imagino.” (E04)*

### **Satisfação com o atendimento**

As mulheres que tiveram o parto no HES relataram ter sido muito bem atendidas e respeitadas por todos os profissionais. Uma delas disse ter sido bem tratada desde a recepção, e outra desde o acompanhamento pré-natal.

*“...eu acho que foi tudo bem, eu não tenho que reclamar, se eu falar que eles me trataram mal eu to mentindo, eles me trataram muito bem, com respeito também né, então eu não tenho o que reclamar não, bem que os outros falam né que esse hospital é muito bom...” (E02)*

*“...por mais que você está com dor, se é bem tratado você fica até melhor, né.” (E02)*

*“...é como se fosse particular aqui, tanto desde o atendimento lá do porteiro lá embaixo, até os médicos, as enfermeiras trata a gente muito bem, é tratamento, tudo de primeira, o bebê é muito bem tratado, o pai é muito bem recebido...” (E03)*

## b) Resultados das entrevistas com os profissionais

### Capacitação

#### Equipe de enfermagem

Todas as auxiliares de enfermagem entrevistadas passaram pela capacitação, sendo que a data em que participaram variou de quatro a oito meses antes da data da entrevista. Uma supervisora relatou que não participou da capacitação, mas que tinha sido orientada pela coordenadora de enfermagem sobre o conteúdo da capacitação. A referência à quantidade de aulas assistidas variou de duas, três a várias aulas durante dois meses. Os temas abordados referidos foram os aspectos fisiológicos do trabalho de parto e as ações de humanização. De maneira geral, todas as auxiliares acharam boa a capacitação, pois puderam aprender outros meios não medicamentosos de ajudar a parturiente, sendo suficiente para implementar as ações de humanização. O seguimento estava, conforme as auxiliares, ocorrendo com a prática das ações no dia-a-dia do CO, e também, em alguns turnos, com a enfermeira tirando dúvidas e orientando. A estratégia adotada em um dos turnos foi, a cada dia, escalar um auxiliar para realizar as ações de humanização.

Conforme a opinião de uma das supervisoras, a capacitação não foi suficiente para implementar as ações de humanização devido ao preconceito em relação às ações existente no CO e sugeriu a realização de mais capacitações, para trabalhar essas atitudes. Outra supervisora, que tinha sido capacitada em durante a capacitação extra (capacitação de dois dias), sentiu a necessidade de que houvesse mais encontros com os capacitadores para discussão e esclarecimento de dúvidas. Entre algumas auxiliares entrevistadas foram realizadas as seguintes sugestões que a capacitação fosse realizada fora do horário de trabalho para ser melhor aproveitada; que a capacitadora realizasse mais práticas no CO junto às auxiliares; e que deveria ter mais informações e mais tempo para a capacitação. Outra sugestão feita por várias das entrevistadas foi que as gestantes, durante o pré-natal, recebessem informações sobre as ações de humanização que estavam começando a ser realizadas no CO, para que estivessem familiarizadas com as orientações a serem recebidas no pré-parto.

*“S1e: Éh, se foi suficiente essa capacitação pra implementar, éh, no dia a dia, o trabalho de, a humanização né, do trabalho de parto e do parto no CO.  
E: Se foi, olha eu, foi. Só que eu acho que deveria ter assim, um horário especial de sair do setor e ir pro, pra fazer, eu acho que mais porque, acontecia assim: a gente tava lá, de repente tinha que sair porque o pessoal tava aqui, corrido, aí entrava dois, três partos, então eu acho que se tivesse sido fora daqui, éh, a gente ter vindo pra fazer ele, nossa, seria bem melhor, eu na minha opinião, apesar de que foi bom... Eu acho que deveria encaixar fora do horário de trabalho né”. (E12)*

*“S1h: Éh, na sua opinião faltou alguma coisa nessa capacitação?”*

*E: Eu acho que precisaria da capacitação das nossas próprias gestantes. Elas precisariam ser orientadas antes de chegar aqui no pré-parto então, no ambulatório por exemplo, no pré-natal, pra não chegar aqui e ser uma coisa estranha pra elas. Porque algumas a gente oferece: Vai tomar um banho, fica lá o tempo que você precisar, não fica só deitada na cama, mas elas não, não aceitam. Elas acham que se ficar deitada na cama, o parto vai evoluir mais rápido ou que de repente possa acontecer uma cesárea aí, alguma coisa assim.” (E05)*

Segundo a coordenadora de enfermagem, os temas abordados durante a capacitação (massagem, respiração, deambulação e posição vertical) foram suficientes para implementar as ações de humanização, e o seguimento que estava ocorrendo com a prática dessas ações. Foi citada como uma dificuldade o fato de não conseguir que os enfermeiros que foram capacitados transmitissem todo o conteúdo da capacitação aos novos funcionários. Sugeriu-se que a capacitação fizesse parte do processo de admissão, e que englobasse a parte prática.

*“S1g: Essa capacitação foi suficiente ou não?”*

*E: Foi, o que não foi suficiente, eu acho, eu sinto que foi deixar, eu acho que isso eu não consegui ainda, deixar os enfermeiros capacitados pra treinar os funcionários novos. A gente tem um CD de bibliografia, de materiais pra estudo, tudo, mas eu acho que isso não tá acontecendo, eu estaria mentindo se falar assim, “olha, o funcionário entra e eles falam sobre isso”, não falam ainda.” (E03)*

### **Aulas sobre as evidências científicas**

#### **Equipe médica e de enfermagem**

De maneira geral, os entrevistados - médicos e profissionais de enfermagem - consideraram as aulas sobre as evidências científicas de excelente qualidade, atuais, e bem apresentadas. Para a maioria, as aulas foram suficientes para implementar as ações no CO, e alguns citaram que serviram para uma reflexão sobre as práticas correntes no CO. Apenas um profissional disse não terem sido suficientes, e outro sugeriu que fossem realizadas as práticas das aulas sobre respiração e massagem.

*“S1: Eh, vamos conversar um pouco a respeito das aulas sobre as evidências do atendimento humanizado do parto e do trabalho de parto que foram realizadas o ano passado. O senhor participou das aulas sobre as evidências científicas da humanização ao atendimento do trabalho de parto e parto ou não?”*

*E: Sim.*

*S1a: Participou das duas ou só de uma?*

*E: Das duas.*

*S1b: Qual é sua opinião sobre o conteúdo abordado?*

*E: Ah, qualidade científica excelente, éh, o número obtido, a pesquisa, a forma de apresentação.” (E09)*

*“S1b: E qual foi a sua, qual é a sua opinião sobre o conteúdo abordado?”*

*E: O conteúdo, o que mais chama atenção é a atualidade das informações que são prestadas, é, tudo baseadas em evidências científicas, não só em evidências científicas quanto também na vivência ahm, de pessoas que tem a experiência, no trato, no manejo das parturientes. Isso é o que mais me chamou a atenção. O conteúdo foi muito bem colocado, de uma forma clara, o tempo que durou a, a, as palestras foi adequado, as aulas foi adequado, houve espaço pra pergunta, pra tirar dúvidas, foi muito bom”. (E10)*

*“S1c: Éh, tá, éh, foram suficientes essas aulas para implementar as ações de humanização ao atendimento de trabalho de parto e parto no dia a dia no CO ou não?*

*E: Ahm! Acho que não.*

*S1c: Por que?*

*E: Porque eu acho que a gente, eu acho que as aulas e a, o início dessa pesquisa, ele coincidiu com algumas ações que a gente já teria que ter, já estaria tomando, eu acho que a gente, ahm, não modificou as posturas né, as coisas que a gente adotou por causa da aula, embora pareça que né, coincidiu, ah! a gente começou a fazer algumas coisas porque a gente teve a capacitação, eu acho que na verdade foi mais uma coincidência, sem perceber assim que nós tenhamos, ah, antes não tinha o pré-parto, agora por causa do curso, uma coisa que já previa em projeto, ele aconteceu depois da capacitação mas não..., não foi uma seqüência da outra.” (E02)*

### **Posição vertical e deambulação**

#### **Equipe de enfermagem**

Em geral, houve coincidência entre os profissionais de enfermagem de que todas as parturientes estavam sendo incentivadas à deambulação, posição vertical e banho durante o trabalho de parto, enquanto não estão sob o efeito da analgesia. Em alguns plantões, quando os funcionários estão sobrecarregados, algumas parturientes acabavam por não receber as orientações. Apenas um profissional citou a utilização de uterotônicos (ocitocina, prostaglandina) como fatores limitantes para deambulação, e a presença de pré-eclâmpsia e eclâmpsia como fatores limitantes para as orientações em geral. As orientações estavam sendo dadas principalmente pelos (as) auxiliares de enfermagem, algumas vezes pelos (as) enfermeiros (as) e, em poucos casos, pelos (as) médicos(as). A opinião quanto à melhor posição a ser adotada durante o trabalho de parto variou entre os profissionais de enfermagem: vários elegeram a posição vertical ou verticalizada, duas opinaram que a melhor posição seria aquela em que a parturiente se sentisse mais confortável, reconhecendo a liberdade de escolha que a mulher tem, e duas acharam que a melhor posição era a horizontal.

*“S2b: Éh, quais são as orientações sobre a movimentação durante o pré-parto que os profissionais dão?*

*E: Ela pode deambular no pré-parto, ainda não está podendo sair pelo espaço fora aqui, até a recepção ou até mesmo área fora do nosso ambiente e ela pode ficar andando o tempo que ela éh, achar necessário até que não aconteça a analgesia. Quando acontecer a analgesia aí ela já fica em repouso no leito mesmo, até a hora do parto.*

*S2b: Tem mais alguma orientação que...*

*E: Sobre banho, então o banho também é livre pra ela, ahm, a respiração e a massagem.*

*S2c: Todas as parturientes recebem essa orientação ou não?*

*E: Recebem.” (E05)*

*“S2b: Ta. E quais são as orientações sobre a movimentação durante o pré-parto que os profissionais dão?*

*E: Que ela pode deambular pelo setor, pelo corredor, pode ir até o jardim se não tiver com miso, ocitocina né, se tiver assim conduta expectante elas podem descer, elas podem caminhar aqui com suporte de soro, éh, procurar uma posição adequada, confortável para ela, e de preferência posições mais lateralizadas.*

*S2c: Ta, todas as parturientes recebem essa orientação ou não?*

*E: Não.*

*S2c: Por que?*

*E: Porque muitas já chegam em período expulsivo, algumas éh, chegam com pré-eclampsia, eclampsia, que é mais difícil de conversar.” (E06)*

*“S2a: As mulheres recebem orientações dos profissionais do CO sobre a movimentação ou não?*

*E: Assim que elas chegam, a gente já orienta, que vai ficar no banho, mas banho mesmo, a respiração a gente trabalha mais quando, elas estão mais já com dor mesmo.”(E11)*

*“S3: Ta. Na sua opinião, qual a posição mais adequada para as parturientes adotarem durante o trabalho de parto?*

*E: Antes da analgesia, eu acho que caminhando, elas se sentem melhor, apesar do, né, caminhando... Eu sinto no dia a dia nosso que quando a gente pede pra ela sair do leito, ir passear, andar pelo corredor, tudo, a gente sente que elas ficam melhores.” (E12)*

## **Equipe médica**

As pessoas entrevistadas referiram que, em geral, as mulheres recebiam orientações da equipe de enfermagem para a mobilização e banho durante o trabalho de parto, enquanto não estavam anestesiadas. Um dos médicos entrevistados referiu que as orientações não faziam parte da rotina, uma vez que a equipe de enfermagem não se sentia autônoma para dar as orientações. Os médicos achavam que a melhor posição para se adotar é aquela em que a mulher estiver confortável, parecendo reconhecer, desta forma, a autonomia de escolha da mulher. Segundo um dos entrevistados, não há por parte dos profissionais a cultura de incentivar a deambulação, e assim, as parturientes não se sentem apoiadas nem incentivadas para fazê-lo, e acham que não podem deambular.

*“S2. Vamos falar como são as práticas aqui no CO. Aqui no CO durante o trabalho de parto as mulheres podem se movimentar, ou seja, caminhar, deambular, trocar de posição, livremente quando têm vontade ou não?*

*E: Éh, elas não são impedidas de fazer, de deambular, se movimentar, mas existem algumas limitações que é o uso de soro, bomba de infusão que atrapalha um pouquinho e eu acho que não existe uma cultura da deambulação, assim de ficar passeando, nem por parte da paciente, nem por parte da gente, da equipe*

*médica também. Então acho que muitas vezes a paciente não levanta porque ela, acha que não pode levantar mas também acho que não existe esse oferecimento, esse estímulo à deambulação.”(médico E02)*

*“S2e: Éh, quem são os profissionais que dão essa orientação, mesmo que ocasionalmente?*

*E: De um modo geral, ahm..., geralmente a equipe médica ahm, isso porque a enfermagem, elas não tomam essa iniciativa de ah, você pode andar, elas vêm perguntar se aquela paciente pode se levantar, se a paciente pode ir no banheiro, se ela pode tomar banho.*

*S2e: A enfermagem pergunta para o médico, é isso?*

*E: Tem que perguntar. Elas não têm essa autonomia assim de falar, não, vamos andar um pouquinho e tal, geralmente elas perguntam e algum caso em que elas acabam éh, tento essa iniciativa, também não, como eu disse assim, também não é uma prática rotineira da enfermagem, mas a maioria, considero boa parte das vezes elas vêm perguntar se aquela paciente pode levantar, se ela pode ir no banheiro, se ela pode...” (médico E02)*

*“S2a: Ta. É, as mulheres recebem orientações dos profissionais do CO sobre a movimentação ou não?*

*E: (Pausa) Recebem em especial o cuidado de não permanecer em decúbito dorsal, horizontal, isso é feito assim: é unânime essa orientação é 100%, com relação ela poder variar posição durante o trabalho de parto, ela fica livre, eu não sei se há uma, um manejo ativo”. (médico E10)*

*“S3: Éh, na sua opinião, qual é a posição mais adequada para as parturientes adotarem durante o trabalho de parto?*

*E: Eu acho que ela deve ser livre, na verdade. Aquela que, que ela melhor se sente, melhor se adapta, eu acho que ela deve ser mais livre do que, eu acho que você pode dar a orientação da facilidade, mas eu acho que deve ser livre ela.” (médico E09)*

## **Analgesia**

### **Equipe de enfermagem**

Após a analgesia as mulheres não recebiam orientações para adotarem a posição vertical, mas eram orientadas para permanecerem em decúbito lateral. Em alguns casos, as parturientes permaneciam com a cabeceira da cama elevada. Tais orientações eram dadas pela equipe de enfermagem ou pelo (a) médico (a). O critério para a administração da analgesia era, geralmente, médico, utilizando como parâmetros a dilatação cervical, espessura do colo uterino, intensidade e frequência das contrações e a dor da parturiente. Dentre os profissionais de enfermagem que opinaram sobre o uso de analgesia, um referiu não achar necessário dar orientações sobre a respiração após a analgesia, já que não havia mais queixa de dor. Outro ponderou que o momento da analgesia não deveria ser antecipado e que uma das funções dos profissionais era dispor de alternativas não farmacológicas para alívio da dor, para que a analgesia não fosse dada tão precocemente.

*“S10a: Ah, tá. E qual que é o critério para a colocação da analgesia, do médico ou o pedido da parturiente?”*

*E: Do médico, ele vai tocar e vai avaliar, se tem necessidade de analgesia, se o colo tiver fino, já tá meio dilatado, se há necessidade, ele manda...” (E11)*

*“S2d: Quais as orientações em relação à posição vertical que as mulheres recebem após a analgesia?”*

*E: Posição vertical?”*

*S2d: É, de ficar em pé, depois que elas recebem analgesia.*

*E: Ah, aí elas não ficam mais, né, em pé. Não, daí a gente levanta a cabeceira da cama, né, numa altura que, onde ela sinta melhor, mas aí depois da analgesia elas não levantam mais.” (E14)*

*“MA4: Tá, depois (da analgesia) ela recebe algum tipo de orientação?”*

*E: Não, porque aí ela não, ela não se queixa mais de dor, tá sem dor, tudo, aí ela vai voltar a ter dor a hora que já, tá com o neném nascendo, aí ela já vai pra sala, geralmente é assim.” (E12)*

*“MA4: E posição vertical pra ela ficar depois da analgesia também é dada pelo ... ou não?”*

*E: Depende do anestesista [som de não], complicadíssimo, gente, isso que eu falo, a anestesia ela breca muito isso, muito, muito, muito, porque assim, a coitada vai pra analgesia, volta cheia de aparelhagem, cheia, ela não se movimenta, ela não faz mais nada, então assim, é, o cardiotoco nela, toda a parte de oxímetro, então assim, é muita coisa pra um trabalho de parto, muita coisa, entendeu, fez a analgesia, brecou tudo. Acho que o grande vilão é antecipar, eu acho que a nossa parte é essa, você tentar espaçar o quanto mais essa analgesia, a hora que faz a analgesia.” (E03)*

## **Equipe Médica**

Após a analgesia não era orientada a posição vertical para as parturientes. A maioria dos (as) médicos (as) disse que a analgesia era administrada a pedido da parturiente, quando estava com muita dor. Um dos médicos entrevistados relatou que, se a mulher não estivesse na fase ativa ou com o colo fino, eram tentadas formas alternativas para o alívio da dor, como o banho. Apenas um médico deu sua opinião com relação à analgesia: não impede a mulher de ficar sentada, mas que essa opção não era dada.

*“S10: Qual a conduta seguida no CO em relação à utilização da analgesia?”*

*E: De rotina.*

*S10a: Éh? E tem, qual o critério para colocação da analgesia, médico...*

*E: Dor*

*S10a: Ou a pedido da parturiente?*

*E: Dor, dor da paciente.” (E09)*

*“S2d: Depois da analgesia elas podem ficar na posição vertical?”*

*E: Depois da analgesia. Não. Impossibilidade de permanecer em posição vertical”. (E10)*

*“S3: Éh, na sua opinião, qual é a posição mais adequada para as parturientes adotarem durante o trabalho de parto?”*

*E: Eu acho que ela deve ser livre, na verdade. Aquela que, que ela melhor se sente, melhor se adapta, eu acho que ela deve ser mais livre do que, eu acho que você pode dar a orientação da facilidade, mas eu acho que deve ser livre ela.*

*S3a: Hum hum, e por que que o senhor pensa assim?*

*E: Porque se você tiver a liberdade de escolha, dentro daquilo que você com..., se sente melhor, com certeza você vai tá melhor satisfeita do que algo, é assim ou não é assim, como é imposto depois da analgesia, ela tem que ficar deitada, não sei se aquilo pra ela satisfaz, talvez ela quisesse ficar sentada, eu acho que a analgesia também não influencia dela sentar, mas não é dada a oportunidade.” (E09)*

## **Respiração**

### **Equipe de enfermagem**

As orientações normalmente eram dadas para a maioria das parturientes, mas dependia da demanda do CO. As orientações eram dadas principalmente pelas auxiliares de enfermagem, mas também por enfermeiros (as) e médicos (as). Alguns profissionais orientavam a realização das técnicas de respiração durante o pré-parto, geralmente após o banho e quando a parturiente estava com dor ou com contração muito forte. Eram dadas orientações sobre a respiração lenta e abdominal, e sobre a respiração curta e rápida (que chamam “de cachorrinho”). Através de alguns relatos foi possível identificar dificuldades para a orientação adequada das respirações por parte de alguns profissionais de enfermagem.

*“S4a: E como que é, quais são as orientações transmitidas em relação à respiração?*

*E: Respiração a gente orienta, éh, uma respiração quando é a forte: respirar, enchendo o abdômen e soltando, não uma respiração só no pulmão, encher mais o abdômen, estender bastante e soltar. E às vezes aquela respiração de cachorrinho também: pede para fazer várias respirações e soltar, faz várias respirações e solta”. (E12)*

*“S4a: Quais são as orientações transmitidas em relação à respiração?*

*E: É, elas, éh... elas, pedirem pra ela respirar mais devagar, pedir pra elas tá respirando éh, pelo nariz, soltando pela boca, mais devagar, encher mais o peito de ar pra mandar melhor oxigênio pro neném e pra ela não ficar com falta de ar.” (E14)*

*“S4: Aqui no CO as mulheres em trabalho de parto recebem orientação quanto a respiração a ser utilizada durante as contrações ou não?*

*E: Recebem.*

*S4a: Quais são as orientações transmitidas em relação a respiração?*

*E: A respiração diafragmática, né, nas contrações porque isso faz com que o diafragma não desça totalmente e o útero não receba aquela pressão, e a respiração profunda durante o trabalho expulsivo, éh, a respiração profunda fora das contrações, prender o ar e fazer a força concentrada em baixo nas contrações.*

*S4b: A orientação ela é realizada como parte da rotina de atendimento com todas as mulheres ou somente com algumas?*

*E: O máximo que a gente consegue.*

*S4c: E isso acontece, por que não é realizado com todas, só com o máximo que vocês conseguem?*

*E: Depende da demanda, se tiver dez pacientes é difícil de a gente fazer com todas.” (E06)*

### **Equipe médica**

Segundo os (as) médicos (as) as orientações eram dadas pela equipe de enfermagem, Entretanto, houve distintas opiniões quanto à extensão dessas orientações. Um médico disse que todas as mulheres recebiam as orientações, outro opinou que nem todas as recebiam, mas não sabia qual a razão e um terceiro apontou que a orientação não era uma rotina. Um dos médicos opinou que a orientação visava estimular a respiração profunda para relaxar como uma forma de diminuir as sensações de desconforto e visando o expulsivo, quando as mulheres eram orientadas a realizar a manobra de Valsalva

*“S4: Aqui no CO as mulheres em trabalho de parto recebem orientação quanto à respiração a ser utilizada durante as contrações ou não?*

*E: Sim, pela enfermagem.*

*S4a: Quais são as orientações transmitidas em relação à respiração?*

*E: É pela enfermagem também.*

*S4a: Ah tá e o senhor sabe o que eles falam ou ...?*

*E: Sim, é para respirar devagar, aproveitar a contração, a orientação é essa.”(E09)*

*“S4a: Quais são as orientações transmitidas em relação à respiração?*

*E: Primeiro lugar manter a oxigenação constante, então evitar respiração curta, respiração rápida, respiração ofegante, elas são estimuladas a utilizar a respiração como uma forma de relaxar, como uma forma de analgesia, para elas terem uma melhor oxigenação, lembrando também do benefício que isso trás pro feto, ahm, e também mesmo a questão da respiração no momento do, do período expulsivo, em que elas são orientadas a fazer manobra de Valsalva, então tudo isso é treinado e explicado para a paciente com antecedência.” ( E10)*

### **Presença do Acompanhante**

#### **Equipe de enfermagem**

Tanto auxiliares de enfermagem quanto enfermeiras referiram que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto fazia parte da rotina do CO, e que essa prática teve início de dois a sete meses antes da entrevista. Segundo as entrevistadas, era oferecido a todas as parturientes se queriam ou não ter um acompanhante e quem gostariam que fosse. Houve consenso de que o acompanhante recebia orientações sobre seu papel dentro do CO: estar ao lado da parturiente, realizar massagem e lembrar as parturientes da respiração Também eram orientados a não comer e não ficar andando no CO, e que seria

retirado em caso de urgência ou intercorrência. Após receber essas orientações o acompanhante assinava um termo de ciência.

Segundo os profissionais da equipe de enfermagem, a presença do acompanhante, em geral, tinha um efeito benéfico para as parturientes, deixando-as mais calmas, mais seguras, e melhorando seu controle do trabalho de parto. Uma das entrevistadas disse que, em alguns momentos, o acompanhante atrapalhava a rotina do CO por não respeitar as orientações dadas. Outra relatou que havia um receio geral acerca dessa prática, antes de seu início, mas que não trouxe problemas à rotina do CO.

*“S6: Como você se sentiu com a presença do acompanhante no CO?”*

*E: Eu achei assim que melhorou bastante principalmente pelo lado da mãe. Porque ela fica mais calma, porque estando com alguém do lado assim, num ambiente hospitalar, sozinha, com dor, se tem uma pessoa que você gosta, você sente segurança, né, eu percebo isso, quando tem uma pessoa é segurança, às vezes o marido não quer subir ou não deu pra alguém vir, você percebe que elas ficam triste, porque elas queriam que tivesse alguém do lado delas.” (E11)*

*“S5a: É, quando começou essa prática?”*

*E: Julho, prática não, começou antes, assim, de oferecer, no pré-parto começou em julho. Que nós abrimos a porta com cadeira, com divisória, foi em julho. Agora acompanhante de parto, já desde dezembro do ano passado já entrava, só no trabalho de parto, assim, ele entrava, via nascer e saía. Agora ele fica no franco trabalho de parto né, bem no início assim, se ela tiver ele não fica, é da escolha dela, é oferecido isso a hora que ela chega, na admissão dela, então, assim, a escolha é dela, ela vai ficar com alguém de confiança, não são todas que querem, tem umas que recusam, não querem nem saber, pra nossa, é uma surpresa, porque a gente acha que todo mundo quer e não, mas assim, é oferecido pra todo mundo”. (E03)*

*“S5b: Éh, quais são as orientações transmitidas em relação a presença do acompanhante?”*

*E: Éh, qual é o papel dele dentro do centro obstétrico. É ta do lado da mãe, é ta do lado da esposa, éh, segurando a mão dela, fazendo a massagem nas costas dela se ela aceitar, não ta andando pelo setor, não comer no setor, éh, se tiver alguma urgência vai ser retirado da sala, se tiver alguma coisa que não tiver normal vai ser retirado da sala. Ele só entra na sala quando o paciente já tiver assim, na posição, né, e que tiver já tudo, éh, andando bem, se tiver uma intercorrência ele é retirado no momento, até porque às vezes não entende né, o que ta acontecendo”. (E14)*

## **Equipe médica**

Os (as) médicos (as) entrevistados (as) disseram que a presença do acompanhante era parte da rotina do CO, sendo apontado o início dessa prática entre quatro e oito meses da data da entrevista. Apenas um médico comentou que a parturiente era estimulada a ter acompanhante, e se ela não quisesse, era questionado o porquê. No geral, os profissionais entrevistados achavam que a presença do acompanhante beneficiava a mulher, pois observavam que elas

se sentiam mais tranquilas e mais seguras. Um médico disse que esta foi a ação em relação à qual observou maior diferença face à sua implementação, uma vez que houve a necessidade de adequação do espaço físico.

*“S6: Como você se sentiu com a presença do acompanhante no CO?”*

*E: Eu acho que, ahm, nós estamos na fase de adaptação ainda, né, da gente se acostumar com a presença do acompanhante, mas a principio é tranquila, não tem tido problema, a gente é, eu acho até benéfico, a gente percebe que as pacientes éh, gostam disso, acompanhantes, do marido, pai, também não sei, aproveita bem a situação, aquelas pacientes que ficam muito tempo em trabalho de parto, a gente percebe que ela se sente melhor de ter passado todo aquele trabalho de parto com acompanhante do lado.” (E02)*

*S6: Éh, o senhor, como o senhor se sentiu com a presença do acompanhamento no CO?*

*E: Hum, bem, legal.*

*S6: Faz parte, por que o senhor se sentiu melhor?*

*E: Porque é mais fácil de você lidar, ela se sente mais segura com alguém do lado né, e você consegue, pra ele que ta ali angustiada do lado de fora transmitir aquilo que ta ocorrendo, então ele mais te ajuda do que prejudica”. (E09)*

*“S5: Ta. É, tem sido parte da rotina do CO a parturiente ficar acompanhada por alguém de sua companhia, de sua escolha durante o pré-parto e o parto?”*

*E: Sim. Essa foi uma das implementações que a gente sentiu maior diferença.*

*S5: Por que?*

*E: Ahm, porque é uma rotina que até então não existia ou existia com muita restrição, houve desde a primeira entrevista a adequação do espaço físico, não só em função da capacitação que foi feita, mas também como uma atividade que já tava programada pela própria equipe, pelo próprio hospital, pela própria legislação do nosso estado, que pedem pelos hospitais se adequem a isso.” (E10)*

## **Tricotomia**

### **Equipe de enfermagem**

Tanto as auxiliares quanto as enfermeiras, em geral (excoeto um enfermeiro) referiram que a tricotomia fazia parte da rotina do CO, sendo realizada na região pubiana para uma eventual cesárea, e/ou na região do intróito vaginal para facilitar a realização e sutura da episiotomia. Um auxiliar de enfermagem relatou que, sempre que possível, era realizada a tricotomia total. Na opinião dos profissionais de enfermagem a tricotomia garantia a antissepsia.

*“S7: Éh faz parte da rotina do CO a realização de tricotomia nas parturientes?”*

*E: Faz. Porque é meio de contaminação, né. Então a gente faz toda a tricotomia, assim, só, é caso raro, caso raro, chega às vezes tem que ir pra uma emergência pra lá, a gente sobe, principalmente cesárea. A gente retira só, ali à parte mais, quando a gente pode, a gente faz toda a tricotomia da paciente.” (E13)*

*“S7: Faz parte da rotina do CO a realização de tricotomia nas parturientes?”*

*E: Faz.*

*S7a: Por que?*

*E: (Riso) É rotina. Rotina, já foi questionado mas é uma coisa que, é rotina todo mundo quer fazer então,..." (E07)*

*"S7: Faz parte da rotina do CO a realização de tricotomia nas parturientes?*

*E: Com certeza, todas.*

*S7a: E por que que isso é feito?*

*E: Ah, assim, o médico, a gente faz pra ficar, pra assepsia mesmo né, pro médico na hora do parto, a gente só faz na região púbica em cima e no canalzinho do parto, embaixo, no períneo." (E11)*

## **Equipe médica**

A maioria dos (as) médicos (as) disse que a tricotomia não fazia parte da rotina, mas que as mulheres já vinham tricotomizadas de casa. Um médico opinou que com a realização da tricotomia o conforto da mulher é maior.

*"S7: Faz parte da rotina do CO a realização de tricotomia nas parturientes?*

*E: Não. Ah não faz sim. Faz. Ainda é prática habitual nossa.*

*S7a: E porque que isso acontece?*

*E: Ahm, ainda como a tricotomia é feita no pré-operatório imediato, geralmente quando a paciente está em trabalho de parto, que ela vai entrar, que ela vai pra parto nas próximas horas, ahm, tanto do parto vaginal quanto do parto cesárea, faz parte do preparo do campo operatório. E o que a gente tem observado é que muitas pacientes já vêm tricotomizadas de casa, sem orientação nossa, são pacientes do pré-natal da rede, que já vem tricotomizadas. Parece ser uma medida cultural na nossa população, não só por aqui, porque a gente oferece pra elas, mas culturalmente de que elas se sentem mais confortáveis com a tricotomia do que sem tricotomia." (E10)*

*"S7: Faz parte da rotina do CO a realização de tricotomia nas parturientes?*

*E: Ahm! Tricotomia, raspar não, uma tonsura né, cortar quando tá muito comprido assim, às vezes costuma cortar um pouco, é, mas a maioria das pacientes já vem com o pelo raspado, deve ser uma prática, mas se você for olhar a maioria tá raspado."(E02)*

*"S7: Faz parte da rotina do CO a realização de tricotomia nas parturientes?*

*E: Não.*

*S7a: Por quê?*

*E: Não, isso já não faz parte há muito tempo.*

*S7a: Éh? E o senhor sabe o motivo?*

*E: Não." (E09)*

## **Episiotomia**

### **Equipe de enfermagem**

Em geral, a episiotomia foi referida como realizada de rotina, e que fazia parte do protocolo do CO. As razões para isto foram referidas como sendo critério médico, decisão médica. Segundo

a opinião de alguns dos profissionais de enfermagem, a episiotomia era utilizada em primíparas para evitar a dilaceração perineal, quando o bebê era muito grande.

*“S8: Faz parte do protocolo do CO a utilização de episiotomia para os partos vaginais?”*

*E: Sim, são raros os que não são feitos.*

*S8a: Por que? Você sabe?*

*E: Bom, principalmente pra, pra primigesta, né, porque o canal já é mais, porque teve muitos casos aqui de ter, éh, dilaceração, né. Então quando o bebê, quando eles vêem que o bebê, que, que a cabeça vai prejudica eles fazem.” (E13)*

## **Equipe Médica**

Segundo os (as) médicas, a episiotomia era uma prática habitual no atendimento ao parto no CO, porém sua utilização variava de acordo as necessidades e entre os profissionais. Um dos médicos entrevistados disse que, depois da aula sobre evidências científicas, alguns médicos passaram a diminuir a realização da episiotomia.

*“S8: Faz parte do protocolo de CO a utilização da episiotomia para os partos vaginais?”*

*E: Não é um protocolo, não é obrigação né, isso é escolha de cada, do médico que vai fazer o parto.*

*S8: Em geral eles resistem ou não?*

*E: Em geral eles resistem.*

*S8a: Por que?*

*E: Porque aprenderam assim né, eu acho até que assim, a gente acabou, depois que houve essa aula do Dr. XXX, eu acho até que algumas pessoas passaram a tentar evitar um pouco o uso da episiotomia, eu não sei se te dizer em números o quanto isso, o quanto diminuiu o uso do episio, mas algumas pessoas, algumas pessoas que sempre fizeram o episio, vão, continuarão fazendo o episio, mas também não é um protocolo, não existe um protocolo falando assim, vamos evitar a episiotomia e tal em último caso só, não é uma norma do serviço assim, é uma escolha pessoal do médico.” (E02)*

*“S8: E faz parte do protocolo do CO a utilização da episiotomia para os partos vaginais?”*

*E: Protocolo, ahm, se faz parte do protocolo? Faz parte, mas não no atendimento de todo parto vaginal. A episiotomia, quando há necessidade.” (E10)*

## **Posição na sala de parto**

### **Equipe médica e de enfermagem**

Não eram realizados partos verticais por não haver estrutura para tal no CO, entretanto, alguns profissionais relataram que eram realizados partos em posição mais verticalizada, modificando a posição da mesa de partos. Uma enfermeira opinou que deveria ter uma mesa obstétrica no

hospital, para que as mulheres não tivessem o parto na posição ginecológica, e sim numa posição mais vertical, pois seria mais confortável.

*“S9: É, quando são, são realizados partos verticalizados aqui?”*

*E: Não, só na mesa obstétrica mesmo, só na mesa que não é mesa ginecológica, é de cirurgia.*

*S9a: Por que não é realizados? Você sabe?*

*E: Vou ser bem claro, nessa parte quem evolui o parto, controla o parto, são alguns médicos, por mim, eu até já tinha colocado até uma mesa obstétrica aqui, não sei se você chegou a ver no Caism deve ter... Tem um apoio pro pé, não fica em posição ginecológica, muito mais confortável, o acompanhante fica do lado, se conseguisse colocar aqui, eu colocava até um radinho, com som e tudo (Risos).” (E08)*

*“S9: São realizados partos verticalizados aqui?”*

*E: Não.*

*S9a: Por que?*

*E: Eu acredito por resistência dos profissionais e por não ter estrutura adequada.” (E07)*

*“S9: São realizados partos verticalizados?”*

*E: Não.*

*S9a: E por que?*

*E: A gente não tem acomodação pra isso, essas mesas são mesas cirúrgicas tradicionais, não são mesas para parto, não tem um recurso especial que favoreça isso. O que a gente faz às vezes é aumentar o pro-clive, elevar o dorso da mesa, mas a paciente não chega ficar em posição vertical, mesmo a perneira que a gente tem aqui não permite elevação, então ela vai ficar dependurada na mesa, não vai se confortável.” (E02)*

## **Conceito de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto**

### **Equipe de enfermagem**

Segundo a equipe de enfermagem, a humanização consiste em promover conforto à parturiente, propiciar que ela retome seu papel como condutora do parto, e engajar a família no processo do nascimento. Houve consenso de que fazem parte das ações de humanização a presença do pai, o contato precoce da mãe com o recém-nascido, chamar a parturiente pelo nome, dar orientações de amamentação, deambulação, massagem, respiração, banho, acompanhante, posição vertical, e alojamento conjunto.

*“S11: Não, o que é a humanização do trabalho de parto e parto? O que é que é essa humanização?”*

*E: Humanização?*

*S11: É.*

*E: A humanização que eu acredito que seja, é desde quando a paciente chega, a gente orienta ela, o que ela tem que fazer, já é uma humanização, né, pra não, pra assim atrasar o medicamento, né, e o contato do pai também junto, tudo isso eu acho que faz parte da humanização.” (E11)*

*“S11: Na sua opinião, o que é a humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto?”*

*E: O que é humanização? Eu acho que hoje, a idéia que os profissionais têm, é que nós fazemos o parto, que o parto é nosso, a gente que faz o parto, né, o médico faz, a enfermeira pega, eu acho que a humanização é ta voltando porque é a mulher que faz o parto, o parto é uma coisa dela, da família, é ela, o bebê, o marido, a família, a gente ta, aqui pra auxiliar, então a humanização é deixar com que ela participe disso, ela sabe, participe, ela é, né, ela ta, ela que faz o trabalho de parto dela, ela se sabe a dor que ela tem, que ela pode conduzir isso, ela pode controlar essa dor, então eu acho, então eu acho que isso que é humanização, ta com quem ela queira ali do lado, ta na posição que ela quiser, que ela que vai conduzir o trabalho, a gente vai estar ali pra ajudar se tiver algum problema, acho que humanizar é isso é a mulher poder conduzir o trabalho de parto dela, saber a hora que ela, que ta a dor dela, como que ela pode fazer pra melhorar aquela dor, como que é o parto, ela ta tranqüila, segura, sabendo que é uma coisa dela, acho que pra mim humanizar é isso.” (supervisora E07)*

### **Equipe Médica**

Para os médicos, o conceito de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto é dar autonomia à parturiente para que o ambiente em que ela esteja torne-se mais tranqüilo e seguro, evoluindo para um trabalho de parto e parto mais positivo. As ações de humanização envolvem o acolhimento da parturiente, a presença do acompanhante, a garantia da privacidade, a eliminação do enterocisma, a alimentação, a possibilidade de deambular, o esclarecimento de dúvidas, a amamentação, o alojamento conjunto, o conforto e a oferta do que há de melhor em medicina baseada em evidências científicas.

*“S11: Na sua opinião, o que é a humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto?”*

*E: Eu acho que é tornar o trabalho de parto e parto o mais, ahm, o positivo pra essa paciente... a gente medicaliza muito, a gente talvez cerque muito a paciente de condutas médicas, o médico que fala se ela pode levantar ou não, a gente tira um pouco da autonomia, né...”(E02)*

### **Coordenação de enfermagem do Ambulatório de Gravidez de Alto-Risco**

Para a coordenadora de enfermagem do Ambulatório de Alto Risco, a humanização consiste em deixar a mulher ser responsável pelo seu trabalho de parto e parto, e permitir que esteja acompanhada de alguém de sua preferência. A orientação da gestante sobre o que está acontecendo, menor medicalização do parto, diminuir a analgesia precoce e deixar a parturiente fazer o que quer fazer, são ações que fazem parte da humanização na opinião dela

*“S6: Ham, ham, éh, ta, na sua opinião o que é a humanização do atendimento a gestante?”*

*E: Humanização do atendimento a gestante é deixar ela éh, é um momento dela e ela tem que ser éh, não objeto, não ter a gestante como objeto de um procedimento que é o parto, mas ela responsável pela parturição dela, ela fazer,*

*ela se sentir bem, e ela poder ter quem ela escolher junto, o marido, mãe, isso vai da preferência dela.*

*S6a: E quais ações que fazem parte dessa humanização?*

*E: Orientação, éh, menor medicalização possível do parto né, e assim, acho que a orientação pra ela poder saber o que está acontecendo com ela, o que ela quer fazer e cada vez mais tirar a analgesia precoce a medicalização que tem...” (E04)*

### **Coordenação médica da Tocoginecologia**

O Coordenador da Tocoginecologia emitiu opinião de que o atendimento humanizado ao trabalho de parto e parto consiste em oferecer à mulher as condições para uma evolução do trabalho de parto sem dor e favorecendo o parto normal.

*“S11: Ah tá. Éh, na sua opinião o que é a humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto?”*

*E: No meu ver é aquela assistência ao parto em que a paciente tem a capacidade de evoluir para um trabalho de parto normal praticamente sem dor, e que ela tenha condição de estar se exercendo na posição de parto normal. Ou seja, normalmente ela fica em decúbito lateral, por volta dos quatro pra cinco centímetros, quando começa ter dor um pouco intensa, é feita a analgesia de parto, evolui para parto normal ou a gente vê lá que tem uma incidência um pouquinho maior de fórceps, porque é um hospital que a gente tá com residente, residente de primeiro ano que tá interessado em fazer fórceps, e mesmo a equipe médica também utiliza bastante fórceps de alívio materno-fetal.” (E01)*

### **Ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto implementadas no CO**

#### **Equipe de enfermagem**

As ações que estavam sendo realizadas no CO relacionavam-se à orientação de respiração, deambulação, banho, mudança de posição, a orientação de massagem, a presença do acompanhante, o contato precoce com o recém-nascido e o programa de amamentação. Estava em andamento um projeto para o acompanhante ficar no alojamento conjunto, com acesso ilimitado. Outro projeto previsto era a construção de uma sala para acompanhantes, com lugar para ver TV e se alimentarem, e para ser mais um local para a parturiente.

As resistências para a implementação das ações, citadas pela maioria dos profissionais, relacionavam-se à equipe médica, pois alguns médicos não as aceitavam e criavam uma barreira, dando risadas ou fazendo brincadeiras sobre as ações; ou então, administravam analgesia precocemente. Outra resistência citada por alguns profissionais foi por parte das parturientes, que, muitas vezes, não aceitavam as orientações. Alguns entrevistados pensavam não haver resistência para a implementação das ações, e apenas um profissional citou haver resistência por parte da equipe de enfermagem.

Para a equipe de enfermagem, o que facilitou a implementação das ações foi a capacitação, as divisórias nos leitos, a exigência do Ministério da Saúde para nível III, a observação da evolução favorável do trabalho de parto, e a satisfação da parturiente com as ações de humanização. O empenho da supervisora geral da enfermagem foi citado como facilitador, pois houve da parte dela iniciativa para implementar as ações.

As dificuldades para implementar as ações foram: as barreiras criadas por alguns médicos, a escassez de funcionários no CO, espaço físico inadequado, o não envolvimento de todos os profissionais na capacitação, e a não adesão de todos os profissionais de enfermagem nas ações.

Em geral, os profissionais achavam que as ações ajudavam as mulheres, pois com isso elas ficavam mais calmas, mais confiantes na equipe, e isso facilitava o trabalho de parto. No entanto, alguns pensavam que deveriam ser implementadas mais ações, tais como a participação do pai para cortar o cordão umbilical, a disposição de música, e uma mesa obstétrica para partos verticais. Também se mencionou que, para melhorar as ações de humanização, seria preciso a participação geral dos funcionários, orientações constantes, e encontros para discussão.

*“S12: Tem alguma ação de humanização ao atendimento do trabalho de parto e parto sendo implementada aqui no CO ou não?”*

*E: Esse que foi, que fala que está implementando, é esse.*

*S12: Esse?*

*E: Que eu acabei de falar.*

*S12: Ta, tem mais alguma?*

*E: Não, que eu queria esse aqui né. O pai cortar o cordão. A musiquinha, não usar, utilizar esse tipo de mesa, porque a mesa obstétrica ela consegue, levantar bem, tem mais segurança.” (E08)*

*“S16: É, na sua opinião, as ações de humanização ao atendimento do CO tem ajudado as mulheres ou não?”*

*E: Tem.*

*S16a: E porque?*

*E: Porque elas ficam mais felizes, elas se sentem mais acolhidas, eu acho que mudou muito isso, a atenção pra elas né, não é isso: coloca a ocitocina, vai ficar morrendo de dor e ninguém ta nem aí, eu acho que até o fato de você ensinar a respiração, posição, colocá-la numa cadeira, falar que ela pode andar, tudo isso é tudo coisa nova, então pra elas isso é muito importante, e tem mulheres que nem são da cidade, e procuram ter parto aqui no Estadual porque sabem que ta tudo mudando né, até a entrada do acompanhante, tudo isso, imagina, então elas entravam e não saíam dali por nada, até ter o bebê não ia, nem trabalho de parto não tava, entrou, dali ficava, agora não, entendeu, então agora acho que mudou bastante, pra elas isso é gratificante, na hora da visita elas vão até a porta, se tem familiar que veio visitar, então das duas e meia às quatro e meia, fora o marido, elas vão até a porta ver família, voltam. Gente, isso não existia.” (E03)*

*“S15: Mas pensando aqui no CO teve alguma coisa que dificultou ou que dificulta?”*

*E: A parte física né, porque fica ruim pro acompanhante, tanto banheiro, é, as vezes ele quer tomar um copo de água ou quando elas ficam em jejum, fica desconfortável pra parturiente né.” (E08)*

*“S14: Na sua opinião nas ações de humanização ao atendimento do trabalho de parto e parto no CO, como, ações como respiração, a posição vertical, a presença de acompanhamento? O que facilitou a implementação?*

*E: Ta foi a supervisora mesmo lá, auxiliou, bateu firme sim, e tá querendo mais mudanças, só que, não depende só dela.” (E08)*

*“S12: Tem alguma ação de humanização ao atendimento do trabalho de parto e parto sendo implantada aqui no CO ou não?*

*E: É os banhos de aspersão, né, livres, a massagem a gente não faz, raras as vezes que a gente faz, a gente estimula né, o companheiro a fazer, eles também ficam meio assim constrangidos. A respiração a gente implementa bastante, a deambulação, o conforto mesmo, conversar procurar saber o que que tá afligindo, esse medo né, do desconhecido da maioria delas, como tem muita primigesta aqui, essas coisas.” (E06)*

*“S13: É tem tido algum tipo de resistência para a implementação das ações de humanização ou não?*

*E: Resistência acho que não é a palavra, mas, éh, às vezes tem que estimular mais, sim.*

*S13a: E por que você acha que tem que estimular mais?*

*E: Pelo que eu já disse, não é um conceito que vem da graduação das pessoas, profissionais, não é um conceito que vem do curso técnico”. (E06)*

*“E: ... às vezes você orienta a respirar, a deambular, e os médicos ficam olhando, às vezes dá risadas, e às vezes o acompanhante da paciente do lado mesmo, que não está entendendo o que está acontecendo, acaba rindo e aí elas fica com vergonha.” (E05)*

*“S13: Tem tido algum tipo de resistência para a implementação das ações de humanização ou não?*

*E: Igual eu falei, alguns médicos às vezes tem essa barreira né, alguns não aceitam, mas da parte de enfermagem não, nossa o que a gente pode fazer pra ajudar o paciente a gente faz... Eles falam, às vezes a gente vai fazer alguma coisa pra ação e eles dão risada, eles falam ah, vai acabar a água do hospital, até que horas vai ficar, essa paciente vai ficar lá, eu preciso tocar, te mandam sair do banho, abziadndsi, entendeu? Então eu acho que tem essa barreira ainda com eles”. (E11)*

## **Equipe Médica**

Segundo os (as) médicos (as) entrevistados (as), as ações implementadas ou que estavam sendo implementadas no CO eram o aleitamento materno (pois se trata de um hospital amigo da criança), a presença do acompanhante e a mobilização durante o trabalho de parto. Um médico citou como resistência à implantação das ações a formação acadêmica dos médicos não estar voltada para a humanização. Outro opinou que não havia resistência, e que toda a equipe estava empenhada em obter um atendimento mais humanizado: enfermagem, obstetras, pediatras, anestesistas e nutricionistas. Segundo a equipe médica, a lei do

acompanhante, a instalação de divisória entre os leitos no pré-parto, e a capacitação foram fatores que facilitaram a implementação das ações.

Foram citados como dificuldades para a implementação das ações de humanização o fato da equipe de enfermagem estar muito atarefada e não poder realizar sempre as ações; a falta de reuniões com toda a equipe do CO (equipe médica e de enfermagem) para discussão do que devia ser colocado em prática na questão da humanização; a analgesia utilizada de uma maneira geral, bloqueando a mobilização e a alimentação; o espaço físico. Também foram apontadas como dificuldade para a implementação as ações que estavam arraigadas na rotina do CO, gerando controvérsias dentro da equipe.

Um dos entrevistados opinou que todas as idéias de ações para humanização eram bem-vindas, desde que os médicos não tivessem que participar ativamente. Achava que a equipe médica, na qual se incluía, não tinha uma cultura de humanização, ou de que a mulher deve ter autonomia sobre seu trabalho de parto, e que a equipe de enfermagem tinha um papel importante no processo de humanização. Porém, na prática, pensava que a equipe de enfermagem não estava conseguindo cumprir o objetivo da capacitação, pois tinham muitas outras tarefas a realizar.

*“S13: Tem tido algum tipo de resistência para a implementação das ações de humanização ou não?”*

*E: ... eu acho assim éh, tudo é bem vindo desde que você não tenha que participar ativamente do negócio né, então eu acho que nenhum médico vai se opor a, como ninguém se opôs, é lei o acompanhante aí, tanto é que ninguém vai se opor...” (médico E02)*

*“S13: É, tem tido algum tipo de resistência para a implementação das ações de humanização ou não?”*

*E: Não. Muito pelo contrário, toda equipe está empenhada em conseguir um atendimento mais humanizado. Toda equipe. Isso inclui, nutrição, equipe de enfermagem, anestesistas, obstetras, pediatras e toda, toda equipe do hospital estão empenhadas.” (médico E10)*

*“S15: E o que dificultou a implementação das ações de humanização?”*

*E: O que dificulta um pouco é a rotina. É aquilo que está muito arraigado, está muito enraizado na equipe. São algumas... Algumas normas, alguns procedimentos que num primeiro momento são diferentes do que se fazia antes e tudo o que é diferente assusta, algumas pessoas negam, outras abraçam, então é, é, isso pode ter dificultado um pouco mais.” (médico E10)*

### **Coordenação de enfermagem do Ambulatório de Gravidez de Alto-Risco**

A enfermeira coordenadora do Ambulatório disse que, entre as ações de humanização do atendimento à gestante que tinham acontecido, estava o intento de implementação do grupo de preparação para o parto, a capacitação dos profissionais, a sensibilização da equipe de

enfermagem, e a reestruturação da agenda do ambulatório para concentrar o atendimento às gestantes em três dias da semana, possibilitando desta forma a inclusão dos grupos de preparação para o parto na rotina do Ambulatório. Previamente ao início das mudanças na agenda, foi elaborado pela coordenadora de enfermagem um projeto que justificava e descrevia o funcionamento dos grupos de preparação de gestantes, que foi apresentado para a diretoria do Hospital. Entretanto, a diretoria e a coordenação do ambulatório não consideravam o momento ainda propício para dar início ao projeto, pois os médicos ainda estavam se sentindo sobrecarregados com a mudança da agenda. Não esperar pela adaptação e aceitação dessas primeiras mudanças poderia significar ter que abortar o projeto. Essa entrevistada também disse que a entrada dos acompanhantes no CO tinha sido uma das ações de humanização do atendimento a gestante.

*“S2: Houve aqui no ambulatório algum intento de implementação de grupo de preparação para o parto ou não?”*

*E: Houve.*

*S2a: Quais ações que foram realizadas para a organização dos grupos de preparação para o parto?”*

*E: Foi elaborado um projeto e encaminhado para a diretoria, foi, depois de uns seis meses reestruturado todo o ambulatório para concentrar em três dias as gestantes, mas, e, mas ainda não foi implementado.*

*S2a: E por que não foi ainda?”*

*E: Porque a gente tá numa fase de aceitação dos médicos ainda, porque a gente concentrou mais as gestantes, então eles acham que está sobrecarregado, e a gente não, a diretoria e a coordenação do ambulatório não achou ainda propício o momento porque a gente não quer abortar o projeto, a gente quer que tenha continuação.*

*S2a: ... quais as ações que foram realizados para organização dos grupos de preparação para o parto?”*

*E: Então, as ações foi, capacitou toda a equipe, sensibilizou toda a equipe, daí foi descrito um projeto que a gente, assim, usando como base a capacitação e a experiência que eu tenho na obstetrícia foi feito um projeto, só que pra isso a gente não teria condições de fazer todos os dias, por isso que a gente fez um misturado.” (E04)*

Quanto ao que facilitaria a implementação das ações, foi mencionado que era necessário fazer parceria com as equipes de enfermagem do CO e da enfermaria de obstetrícia para que participassem dos grupos de preparação, pois no Ambulatório só havia uma enfermeira para fazer esses grupos, e a compreensão dessa proposta levou um tempo e só no momento da entrevista estava sendo compreendida. As dificuldades para implementar as ações referidas foram: tempo para que os médicos aceitassem a reestruturação do atendimento de pré-natal, pois foi necessário dar tempo para diminuírem as reclamações geradas pela modificação da agenda com a concentração das consultas de pré-natal em menos dias.

*“S4: O que facilitaria a implementação dos grupos de preparação para o parto aqui no ambulatório?”*

*E: Então o que eu, a fase que eu to agora é de conversar com o CO e a GO pra gente fazer uma parceria mesmo, com as enfermeiras pra gente conseguir ter mais gente pra vir pra, pra assim não ficar sobrecarregado, porque só tem eu de enfermeira aqui, e aí elas viriam e ajudariam também nos grupos, e agora é, já*

*faz uns quatro meses que os médicos estão atendendo concentrado, então já que diminuiu aquela fase de reclamar, então agora a coordenação já está achando que dá pra gente avaliar e começar.”(E04)*

*“S3: Tem tido algum tipo de resistência ou dificuldade para a implementação dos grupos de preparação para o parto ou não?*

*E: Resistência eu não diria resistência, eu diria que assim, não foi uma coisa que foi priorizado né.*

*S3a: E por que você acha que isso aconteceu?*

*E: Eu acho que desde o começo não foi todo, não foi todo mundo que cumpriu a idéia, não foi uma coisa que foi uniforme, tanto no ambulatório ou no Co, quanto no quarto andar.*

*S3a: Ham, ham.*

*E: Acho que faltou você vestir a camisa.” (E04)*

### **Coordenação médica da Tocoginecologia**

As ações que estavam sendo implementadas eram: a presença do acompanhante após a mulher receber analgesia e até a hora em que o neném nascia. Esse entrevistado não sabia dizer se no pré-natal já estavam sendo feitas reuniões com as mulheres, nas quais as enfermeiras dariam orientações sobre aleitamento.

*“S12: Éh, tem alguma ação de humanização ao atendimento do trabalho de parto e parto sendo implementada lá no CO ou não?*

*E: Tem, a equipe de enfermagem e a equipe médica tem uma visão um pouquinho diferente da que eles faziam anteriormente, ou seja, o marido pode estar participando, pode ficar ao lado da paciente, ta sendo, na sala de parto, o marido entra na sala de parto e depois que a paciente já está em analgesia e fica com ela do lado até a hora do neném nascer. Se tem alguma intercorrência, esse marido é orientado a sair da sala, às vezes, se tem alguma urgência pra isso então ele é chamado pra sair da sala. Mas um bom entendimento normalmente não tem tido problema a presença do parceiro ou de alguém da família.*

*S12a: Tem mais alguma outra ação sendo implementada lá?*

*E: No pré-natal ah, é pra ter sido iniciado, não sei se ta sendo feito uma reunião de palestras com a enfermagem de orientação de aleitamento, amamentação, o hospital é creditado em amigo da criança, então isso é feito bastante, implementado. Depois o neném nasce, a mãe só sobe depois que ela amamenta, uma ou duas vezes no pré-parto daí que ela sobe, aliás no pós-parto, na sala de recuperação, amamenta primeiro só depois que ela sobe, ou seja, o nosso índice de amamentação é muito alto. Ou seja, quase não temos complicação nem de orientação de aleitamento, a equipe de enfermagem da enfermaria ta habituada já a fazer isso como rotina, coisa natural.” (E01)*

Segundo o entrevistado, uma das resistências para a implementação das ações de humanização era a condução ativa do trabalho de parto, pois os profissionais gostavam de induzir o parto, usavam ocitocina para a condução do trabalho de parto, para acelerar o mesmo, às vezes até em doses inadequadas. Mas não havia outras resistências.

*“S13: Ham, ham. Éh, tem tido algum tipo de resistência para a implementação das ações de humanização ou não?*

*E: Tem na condução do trabalho do parto, porque o pessoal de lá (do HES) gosta de induzir muito parto, usa muito ocitocina pra condução do trabalho de parto, às*

*vezes um pouquinho fora do normal, a gente chama atenção, mas mesmo assim varia de pessoa a pessoa. Então tem alguns que gostam de usar ocitocina, às vezes até em dose inadequada pra acelerar o trabalho de parto.” (E01)*

Quanto às facilidades para implementar as ações de humanização, referiu que, por se tratar de um grupo de profissionais formados na Unicamp, já tinham a visão de ações de humanização do parto. Também o fato da chefia de enfermagem do CO e da enfermaria de ginecologia e obstetrícia ser exercida por uma mesma pessoa facilitava a integração entre o CO e a enfermaria.

*“S14: Éh, o que facilitou a implementação, ou que facilitaria na implementação das ações na humanização do atendimento do trabalho de parto e parto no CO?*

*E: Eu acho que o que facilita é que o grupo todo, ou quase todos eles são formados aqui na Unicamp e já tem essa visão. Agora pra implementação de uso, de práticas normais, tipo com acompanhamento de dor, essas coisas, o pessoal é um pouco ainda, não tem essa visão, não tem essa visão de ter outras pessoas dentro participando, como lá também é centro de aprendizado de enfermagem, da enfermagem obstétrica daqui da Unicamp e de estagiários de outros serviços de enfermagem, existe essa possibilidade de estar participando. Acho que existe essa possibilidade de ta atuando com todo esses grupos que passam por lá. Mas voga muito a pessoa, tem muitos profissionais que às vezes modificam lá. As equipes da obstetrícia, mudou a chefia do centro obstétrico, hoje a chefe é a mesma que é da sala da enfermaria de obstetrícia, ou seja, ela tem uma visão melhor de integração entre centro obstétrico e enfermaria. Então isso ajudou a melhorar a qualidade dessa humanização, e são pessoas muito dedicadas, isso que é importante.*

*S14: Ah, ta, isso o Sr. está é falando dos médicos ou no geral?*

*E: Dos médicos e principalmente da enfermagem.” (E01)*

Entre as dificuldades para implementar as ações, na visão do coordenador médico de Tocoginecologia, estava a resistência de alguns profissionais que não querem interferência com o manejo ativo do trabalho de parto. A rotina do CO estava baseada em um manejo ativo de trabalho de parto e foi referido que nele usavam mais ocitocina e analgesia; que o índice de fórceps é mais alto, razão pela qual até pedem para o acompanhante não entrar na sala de parto.

*“S15: Éh, o que dificultou a implementação das ações de humanização ao atendimento do trabalho de parto e parto no CO?*

*E: A resistência de alguns poucos profissionais. Eles não vêem, ah, vêem uma atitude que vai interferir na evolução do trabalho de parto, o que na realidade não acontece. Às vezes estão acostumado em serviço que trabalham com produtividade muito alta e que não querem ficar induzindo parto um, dois, três dias. Então lá (HES) o parto geralmente vai muito mais rápido do que aqui (CAISM), porque eles usam mais ocitocina e mais analgesia de parto do que aqui. Então a gente tem um índice de analgesia lá que chega quase 90%. O índice de fórceps mais alto, muito mais alto, então isso faz abreviar o período expulsivo, e às vezes pedem até pro parceiro, às vezes, não entrar na sala do parto, quando o parto com fórceps um pouco mais difícil, então nesse caso ele não entra, ou se entra fica na cabeceira junto com a mãe pra ta dando assistência à mãe. Mas tem condições de implementar isso, tem, mas precisa colaboração da equipe.” (E01)*

Para melhorar essa situação, o entrevistado disse que era necessário intervir com mais frequência, no sentido de capacitar mais os profissionais, pois é difícil mudar seu modo de

pensar em relação à humanização: sobre o que sente o paciente, como ele age, como ele reage às situações.

*“S15: E o que que o Sr. acha que poderia ser feito pra melhorar isso?*

*E: Tá intervindo mais freqüentemente com eles.*

*S15: Essa intervenção que o Sr. tá pensando, em capacitação?*

*E: Capacitação. Mudar a cabeça. Porque é difícil, mudar a cabeça em relação a humanização, ao que o paciente sente, como ele age, como ele reage a situações. É isso que precisaria ta conversando com eles.” (E01)*

### **Papel no processo de implementação das ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto**

#### **Equipe de enfermagem (supervisores)**

Em geral, o papel dos (as) enfermeiros (as) foi orientar a equipe, estimular e cobrar os auxiliares na prática das ações.

*“S17: Éh, qual foi o seu papel no processo de implementação das ações de humanização ao atendimento do trabalho de parto e parto no CO?*

*E: Éh, reorientação né, dos funcionários, éh, exemplos, né, práticos que tem que passar pra elas né, não adianta só falar, tem que ir lá na paciente e conversar, elas tem que ver né, essa ação sendo feita, e é isso que os enfermeiros só que tem feito.” (E06)*

#### **Equipe médica**

O papel dos (as) médicos (as) foi conscientizar a equipe sobre a importância das ações de humanização; a busca de resultados e do esforço coletivo da equipe para implementação das ações de humanização; e a discussão de pontos da humanização.

*“S: Qual foi o seu papel no processo de implementação das ações de humanização do atendimento no trabalho de parto e parto aqui no CO?*

*E: Foram às ações do dia a dia entendeu! Era a aceitação e a conscientização da necessidade de implementá-las, ahm, e a partir daí observar que toda equipe estivesse sintonizada na mesma, na mesma filosofia e tivesse buscando atingir os mesmos objetivos, então acho que a minha principal ação foi ter comprado a idéia e ter obtido esse resultado junto com a equipe.” (médico E10)*

#### **Coordenação do Ambulatório de Gravidez de Alto-Risco**

A pessoa entrevistada referiu que o seu papel era a implementação dos grupos de preparação para o parto. Como era a única enfermeira no setor, precisou estabelecer parcerias com as enfermeiras capacitadas da internação de tocoginecologia e do CO para que pudessem dar suporte aos grupos de preparação para o parto quando necessário.

*“S5: Éh, na sua opinião qual é o seu papel no processo de implementação dos grupos de preparação para o parto?”*

*E: Então o meu, na verdade eu como única enfermeira teria que ser quem fizesse, mas eu tenho seis setores sobre minha responsabilidade, então e eu não éh, desde o começo também que não é uma coisa que eu queria fazer de qualquer jeito, eu quero fazer bem estruturado, então foi por isso que agora eu to, que agora a gente viu que o CO entendeu a proposta tudo, que eu quero fazer parceria com elas pra que elas venham ajudar aqui também.”(E04)*

### **Coordenação médica da Tocoginecologia**

Segundo o Coordenador Médico da Tocoginecologia, seu papel no processo da implementação foi possibilitá-la, conseguir que fossem colocadas divisórias no CO e ter um número maior de monitores cardíacos fetais.

*“S16: É, mas e o Sr.? O Sr. enxerga, assim, qual foi o seu papel, tem alguma coisa, que foi o seu papel?”*

*E: O meu papel foi de liberar toda a possibilidade de estarem utilizando a evolução do parto, de ta implementando isso, da gente conseguir colocar as divisórias, da gente ter um número maior de monitores pra acompanhamento, inclusive esses monitores cardíacos que a gente gostaria que já estivessem lá, foram comprados, mas ainda não estão em uso. Ou seja, ta demorando demais essa atitude da diretoria na implementação da aplicação desses monitores. Já estão comprados desde julho, nós estamos em setembro e não tão lá. E a gente discute, discute, ah vai o técnico, vem outro técnico aqui, e eles vem orientar como vai usar, mas cadê o aparelho? O aparelho tem que tá usando. A gente precisa levar o aparelho na sala de parto pra fazer o acompanhamento, assim de risco, de sofrimento fetal. Então esse risco de você levar a paciente da sala de pré-parto, quando ela já está sobre analgesia pra sala de parto, muitas vezes não é feito o controle adequado da frequência cardíaca fetal, e às vezes a gente tem tido algumas complicações.” (E01)*

## **8. CRONOGRAMA DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

Devido a mudanças na estratégia de capacitação e ao tempo necessário para o acompanhamento do processo de implementação das ações de humanização do atendimento ao trabalho de parto e parto, o projeto previsto inicialmente para 12 meses foi desenvolvido em 18 meses. Em janeiro e fevereiro de 2007 foi elaborado o Relatório Final.

**Cronograma do desenvolvimento do projeto**

Atividade	Meses																					
	2005							2006												2007		
	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	
Levantamento de dados fichas obstétricas – pré-intervenção		X	X																			
Digitação dos dados - Levantamento pré-intervenção			X	X																		
Elaboração do questionário			X																			
Entrevista com profissionais			X																			
Análise dos dados das entrevistas			X	X																		
Limpeza e consistência dos dados – Levantamento pré-intervenção			X	X																		
Análise dos dados obstétricos – Levantamento pré-intervenção					X	X																
Capacitação Manhã				X	X	X	X	X														
Capacitação Tarde				X	X	X																
Capacitação Noite T1					X	X	X	X	X	X												
Capacitação Noite T2					X	X																
Capacitação Ambulatório						X	X	X														
Aulas sobre evidências científicas				X	X																	
Capacitação extra													X									
Acompanhamento da implementação						X	X	X	X	X	X											
Levantamento de dados fichas obstétricas – pós-intervenção															X							
Treinamento digitadores															X							
Digitação dos dados - Levantamento pós-intervenção															X	X						
Controle de qualidade da digitação																X						
Limpeza e consistência dos dados - Levantamento pós-intervenção																X	X					
Preparação dos roteiros de entrevistas																X	X					
Entrevistas com profissionais																X						
Entrevistas com mulheres																X						
Transcrições das entrevistas																X	X					
Análise das entrevistas																		X	X			
Análise dos dados obstétricos – Levantamento pós-intervenção																		X	X			
Preparação do relatório																			X	X	X	
Disseminação dos resultados															X		X					

## 9. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO

A divulgação de alguns resultados do projeto foi realizada a partir da iniciativa dos pesquisadores responsáveis. A iniciativa se originou no entendimento de que este é um tema da atualidade e que deve haver serviços que estão pensando ou tentando implementar as ações recomendadas nas normas técnicas do Ministério da Saúde.

### 9.1 Trabalho apresentado no 11º. Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) - agosto 2006

- CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O ATENDIMENTO HUMANIZADO AO PRÉ-PARTO E PARTO: REFLEXÕES PRELIMINARES.

Makuch, MY<sup>1</sup>; Pádua, KS<sup>1</sup>; Osis, MJD<sup>1</sup>; Cecatti, JG<sup>2</sup>; Polli, CH<sup>3</sup>; Carvalhinho Neto, AS<sup>3</sup>.

- 1 - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp
- 2 - Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
- 3 - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Estadual de Sumaré - HES

### 9.2 Trabalho apresentado no Congresso da Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) - outubro 2006

- INCORPORANDO ACCIONES PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN UN CENTRO OBSTETRICO QUE UTILIZA EL MANEJO ACTIVO

María Y. Makuch<sup>1</sup>; Karla Simonio Pádua<sup>1</sup>; Maria José Duarte Osis<sup>1</sup>; José Guilherme Cecatti<sup>2</sup>; Carlos Polli<sup>2,3</sup>; Simone Hidalgo<sup>3</sup>; Viviane Zerbeto<sup>3</sup>

### 9.3 Trabalhos aprovados para apresentação na próxima Reunião da Associação Latino-americana de Pesquisadores em Saúde Reprodutiva (ALIRH) - abril 2007

- AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UM SERVIÇO PÚBLICO

Polli, CH<sup>2</sup>; Pádua, KS<sup>1</sup>; Osis, MJD<sup>1</sup>; Cecatti, JG<sup>1,2</sup>; Makuch, MY<sup>1</sup>

- 1 - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp, Campinas, São Paulo, Brasil
- 2 - Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil

- PERSPECTIVAS DE MULHERES E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Makuch, MY<sup>1</sup>; Pádua, KS<sup>1</sup>; Cecatti, JG<sup>2</sup>; Osis, MJD<sup>1</sup>

- 1 - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp, Campinas, São Paulo, Brasil
- 2 - Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil

## 10. COMENTARIOS FINAIS

O objetivo de capacitar os profissionais do Hospital Estadual de Sumaré para implementar grupos de preparação para o parto nas consultas de alto risco e ações de humanização do atendimento da parturiente no CO foi alcançado. Foram capacitados quase todos os profissionais da área de enfermagem que atuavam no CO e um grupo do Ambulatório de Alto Risco, considerado adequado para dar início às atividades dos grupos de preparação para o parto. Além do mais, foram capacitados profissionais de enfermagem da enfermaria de obstetrícia e duas docentes de Enfermagem da UNICAMP.

A capacitação dos médicos não foi tão abrangente quanto a dos profissionais de enfermagem, já que menos da metade dos médicos do CO participaram das aulas sobre evidências científicas das ações de humanização ao atendimento às mulheres durante o trabalho de parto e parto. Entretanto, o material organizado no CD e divulgado pela INTRANET do Hospital pode ser consultado por todos.

Os objetivos específicos propostos para as capacitações foram alcançados. Cada um dos temas propostos foi trabalhado, tanto nas capacitações como durante o acompanhamento. Este se revelou como uma instância muito útil para facilitar o processo, tanto de inserção do projeto na instituição quanto para acompanhar a implementação das ações de humanização do atendimento às parturientes no CO e dos grupos de preparação para o parto.

Na análise comparativa dos períodos pré e pós-intervenção, não se observaram mudanças estatisticamente significativas quanto aos resultados obstétricos. Mas, foi observado um aumento da proporção de partos por via vaginal normais e uma diminuição dos partos cesárea no período pós-intervenção. Também se observou que no grupo pré-intervenção a proporção de mulheres que tiveram tempo de trabalho de parto de até duas horas foi maior. Por outro lado, uma maior proporção de mulheres do grupo pós-intervenção tiveram cinco ou mais horas do trabalho de parto. Isto pode significar a existência de uma postura mais favorável ao desenvolvimento do trabalho de parto sem intervenção.

No período pré-intervenção eram poucas e esporádicas as ações de humanização incorporadas à rotina de atendimento do CO, e nenhuma atividade de preparação para o parto era desenvolvida no Ambulatório de alto Risco. Pôde-se verificar que cresceu no pós-intervenção a implementação de ações de humanização no atendimento rotineiro do CO e sua inclusão nas rotinas de atendimento dos profissionais de enfermagem e de grupos de preparação para o parto no atendimento ambulatorial.

## 11. ATIVIDADES DEPOIS DA AVALIAÇÃO

As atividades após a avaliação e elaboração do presente relatório serão:

- Elaborar as publicações com os principais resultados da pesquisa.
- Realizar uma reunião de devolutiva dos resultados com os profissionais do Hospital Estadual de Sumaré.
- Realizar uma capacitação de um dia com as enfermeiras supervisoras dos turnos, da internação de obstetrícia, do atendimento ambulatorial e com as enfermeiras “folguistas”, para trabalhar e reciclar os principais conceitos e ações de humanização do atendimento às parturientes.

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/6 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioetica** 1996 (196/96)

Brasil. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2001.

Fleiss, J.L. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Willey and Sons. 2<sup>nd</sup> Edition. 1981.

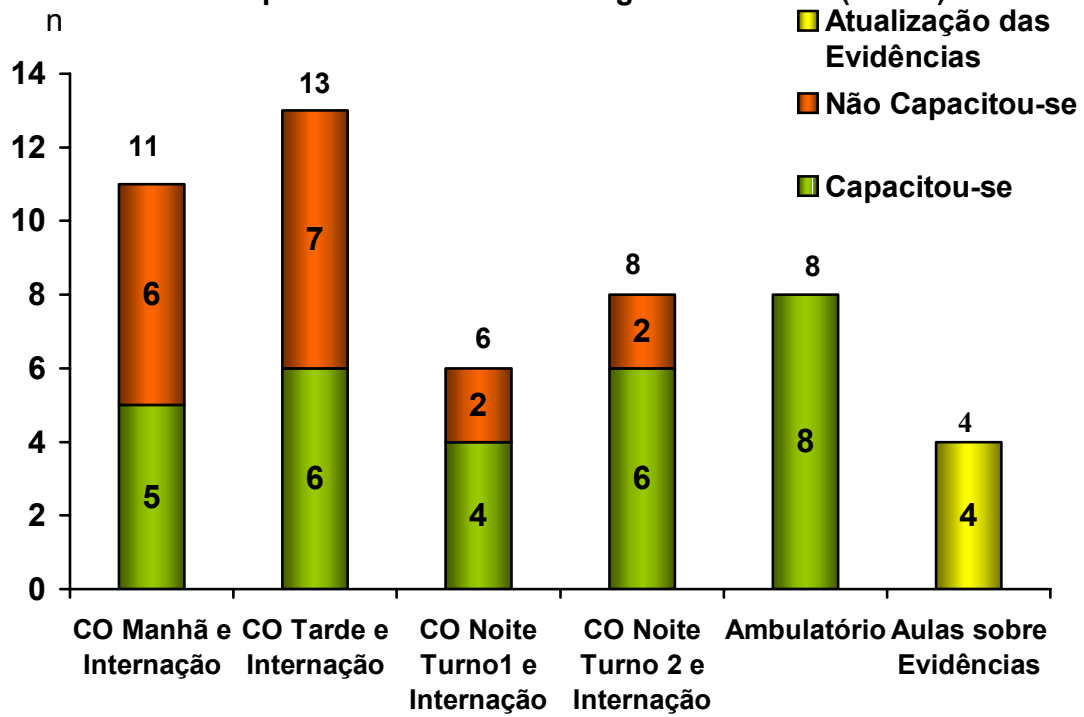
Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abraco. 5ª Edição. 1998.

Patton, MQ. **Qualitative evaluation and research methods**. London: Sage 2<sup>nd</sup> Edition. 1990.

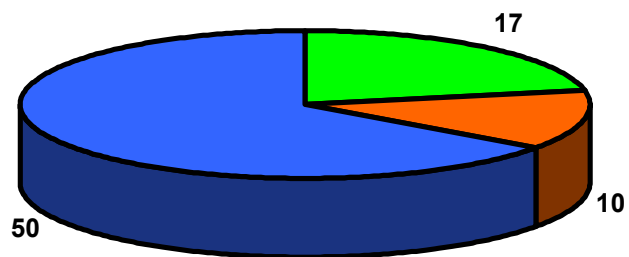
Santos, OMB & Siebert, ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina Maternity Hospital. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 75: 73-79. 2001.

# GRÁFICOS

**Gráfico 1**  
**Número de visitas necessárias para completar a capacitação**  
**dos profissionais de enfermagem e médicos (n = 50)**



**Gráfico 2**  
**Número de visitas para operacionalizar a intervenção (n = 77)**



- Acompanhamento pós-capacitação
- Discussão do processo de implementação
- Capacitação

## QUADRO

**Quadro 1. Número de profissionais capacitados.**

Local	Turno				Total
	Manhã	Tarde	Noite T1	Noite T2	
<b>Centro Obstétrico</b>					
Supervisora Enfermagem	1	1	1	1	4
Auxiliares	8	8	9	9	34
<b>Interação de tocoginecologia **</b>					
Supervisora Enfermagem	-	-	1	1	2
Auxiliares	1	-	6	2	9
<b>Ambulatório</b>					
Supervisora Enfermagem		1			1
Docente Enfermagem **		2			2
Auxiliares		8			8
<b>Atualização evidências clínicas</b>					
Médicos	11				11
Enfermeiras	2				2
<b>Capacitação Extra CO*</b>					
Supervisora CO e 4º andar	1				1
Enfermeiras	1				1
<b>Alojamento Conjunto</b>					
Enfermeiras **	1				1
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>75</b>

\* Houve necessidade, por solicitação da instituição, de capacitar profissionais que tinham sido contratados após concluídas as capacitações.

\*\* Profissionais capacitados por solicitação da instituição não contemplados no projeto inicial.

# TABELAS

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico das parturientes atendidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), no pré e pós-intervenção. Em porcentagem.

<b>Perfil sociodemográfico</b>	<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-intervenção</b>	<b>p</b>
<b>Idade (anos)</b>			
≤ 19	24,8	24,9	0,432
20 -24	27,6	31,3	
25 – 29	20,7	22,5	
30 - 34	17,4	13,7	
≥ 35	9,5	7,6	
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>422</b>	
<b>Estado Civil</b>			
Solteira/ Separada/ Divorciada	14,6	20,8	0,001
Casada	49,4	55,7	
Amasiada	36,0	23,5	
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>341</b>	
<b>Profissão</b>			
Do lar	63,5	62,6	0,381
Sem ou estudante	13,5	17,4	
Profissão remunerada	23,1	20,0	
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>270</b>	
<b>Cidade de procedência</b>			
Sumaré	92,6	86,7	0,027
Outra	7,4	13,3	
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>315</b>	

**Tabela 2 – Antecedentes obstétricos das parturientes atendidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), no pré e pós-intervenção. Em porcentagem.**

<b>Antecedentes</b>	<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-Intervenção</b>	<b>p</b>
<b>Número de gestações</b>			
1	39,3	39,1	0,474
2	29,1	28,7	
3	15,8	17,3	
4	9,0	8,3	
5	3,8	1,9	
≥ 6	3,0	4,7	
<b>Partos vaginais normais anteriores</b>			
Nenhum	60,7	59,2	0,893
1	21,8	21,1	
2	10,5	11,8	
≥3	7,0	7,8	
<b>Partos vaginais com fórceps anteriores</b>			
Nenhum	93,2	98,1	0,001
≥1	6,8	1,9	
<b>Partos cesáreas anteriores</b>			
Nenhum	75,9	79,1	0,269
1	16,0	15,9	
2	5,5	2,8	
≥ 3	2,5	2,1	
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>422</b>	
<b>Abortos espontâneo</b>			
Nenhum	85,5	85,3	0,199
1	13,5	12,1	
≥2	1,0	2,6	
<b>Abortos provocado</b>			
Nenhum	99,7	100,0	0,487
1	0,3	-	
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>421</b>	
<b>Filhos nascidos vivos</b>			
Nenhum	48,2	43,4	0,130
1	24,4	30,1	
2	15,0	17,2	
≥3	12,5	9,3	
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>419</b>	
<b>Filhos nascidos mortos</b>			
Nenhum	97,2	97,8	0,944
≥1	2,5	2,2	
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>417</b>	

**Tabela 3** – Dados obstétricos da gestação atual das parturientes atendidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), no pré e pós-intervenção. Em percentagem.

<b>Variáveis</b>	<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-intervenção</b>	<b>p</b>
<b>Fez pelo menos uma consulta pré-natal</b>			
Sim	94,6	98,6	0,003
Não	5,4	1,4	
<b>Total</b>	392	421	
<b>Teve ameaça de aborto</b>			
Sim	1,5	0,5	0,163
Não	98,5	99,5	
<b>Total</b>	391	422	

**Tabela 4** – Dados do trabalho de parto e parto atual das parturientes atendidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), no pré e pós-intervenção. Em percentagem.

<b>Variáveis</b>	<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-intervenção</b>	<b>p</b>
<b>Idade Gestacional (semanas)</b>			
< 37	14,0	12,1	0,587
≥ 37	86,0	87,9	
<b>Total</b>	301	297	
<b>Tempo de trabalho de parto (horas)</b>			
≤ 2	34,2	25,1	0,032
3 – 4	21,3	21,0	
5 – 6	20,0	27,2	
≥ 7	24,5	26,7	
<b>Total</b>	310	367	
<b>Tipo de parto</b>			
Parto Normal	45,1	48,6	0,607
Cesárea	29,8	28,2	
Fórceps	25,1	23,2	
<b>Total</b>	399	422	

**Tabela 5** – Indicação para cesárea e fórceps no parto atual das parturientes atendidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), no pré e pós-intervenção . Em percentagem.

<b>Variáveis</b>	<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-intervenção</b>	<b>p</b>
<b>Indicações para cesárea</b>			
Sufrimento fetal	30,2	33,3	0,148
Repetição – iteratividade	26,7	16,7	
Distócia	21,6	27,2	
Apresentação pélvica	11,2	7,0	
Outra causa fetal	6,9	6,1	
Demais	3,4	9,6	
<b>Total</b>	116	114	
<b>Indicação para fórceps</b>			
Alívio	50,5	62,4	0,089
Abreviação período expulsivo	25,3	12,9	
Distócia rotação	24,2	24,7	
<b>Total</b>	91	93	

**Tabela 6** – Apgar de 1° e 5° minuto e Capurro do recém-nascido da gravidez atual das parturientes atendidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), no pré e pós-intervenção. Em percentagem.

<b>Variável</b>	<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-intervenção</b>	<b>p</b>
<b>Apgar no 1º minuto</b>			
< 7	12,2	9,4	0,234
≥ 7	87,8	90,6	
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>415</b>	
<b>Apgar no 5º minuto</b>			
< 7	1,0	1,0	1,000
≥ 7	99,0	99,0	
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>415</b>	
<b>Capurro</b>			
< 37 semanas	10,5	9,4	0,696
≥ 37 semanas	89,5	90,6	
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>405</b>	

**Tabela 7** – Peso e estatura do recém-nascido da gravidez atual da parturientes atendida no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), no pré e pós-intervenção. Em percentagem.

<b>Variável</b>	<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-intervenção</b>	<b>p</b>
<b>Peso (gramas)</b>			
< 2500	10,6	8,5	0,367
≥ 2500	89,4	91,5	
<b>Total</b>	395	422	
<b>Estatura (cm)</b>			
≤ 49,0	56,7	61,6	0,177
> 49,0	48,8	51,2	
<b>Total</b>	390	409	

**Tabela 8** – Caracterização dos Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>
<b>Sexo</b>	
Homem	3
Mulher	19
<b>Função</b>	
Médico (a)	5
Enfermeiro (a)	4
Auxiliar de Enfermagem	13
<b>Tempo que trabalha no HES</b>	
< 1 ano	2
≥ 1 ano	20
<b>Tempo que trabalha no CO</b>	
< 1 ano	2
≥ 1 ano	20
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Tabela 9** – Número de Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES), segundo participação em capacitação em atendimento humanizado ao trabalho de parto e parto

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>
<b>Participou de Capacitação</b>	
Sim	6
Não	16
<b>Total</b>	<b>22</b>
<b>Há quanto tempo foi</b>	
≥ 1 ano	6
<b>Conteúdo abordado</b>	
Estimulo a ordenha/Humanização para o aleitamento/Amamentação	4
Parte prática e uma teórica	2
Massagem/Massagem de conforto	2
Contato precoce mãe-recém-nascido/Método Canguru	2
Técnica de Shantala	1
Banho	1
Deambulação	1
Apoio emocional	1
Acompanhamento	1
Anestesia	1
Uso de Ocitocicos	1
<b>Tempo de duração</b>	
2 horas	1
4 horas	1
18 horas	1
Várias vezes dado pelas enfermeiras	1
<b>Fez reforço ou seguimento</b>	
Sim	-
Não	-
<b>Total</b>	<b>6</b>

**Tabela 10** – Orientações que as parturientes recebem sobre sua movimentação durante o trabalho de parto, segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>
Tomar banho	11
Deambular	9
Para ficar deitada/ Manter DLE/Alternar DLE para DLD	9
Movimentação livre	4
Deambular antes da analgesia/ Não pode deambular com analgesia	3
Não tem uma orientação específica	3
Deambular se tem pouca dilatação	2
Para sentar na cama/Suspendem a cama	2
Para sentar na cadeira	2
Oferece a dieta	2
Movimentação livre se não tem indicação de soro	1
Orienta a respiração	1
Manter DLE para aquelas que se verifica PA	1
Para mudar para a posição vertical	1
Passam muito tempo deitadas	1
Médicos barram a movimentação	1
Parturientes não querem que mexa, querem ficar quietinhas	1
Não deve se movimentar se tem sangramento e dor	1
Não agachar	1
Não andar fora do setor	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Tabela 11** – Informação da rotina do serviço quanto a permissão para a parturiente se movimentar livremente, deambular e se posicionar verticalmente, durante o trabalho de parto, segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>
<b>Parturiente pode movimentar-se livremente</b>	
Sim	8
Não	1
Outra situação	
Até receber a anestesia	7
Se não é de risco/ Não é trabalho de parto prematuro/ Bolsa rota	2
Não é oferecido/Não sabem que podem	2
Parturientes preferem ficar na cama/ difícil que alguém queira	2
Limitado ao CO	1
Depende da disponibilidade do setor e das pacientes	1
<b>É permitido deambular</b>	
Sim	22
Observações:	
Múltipara e/ou com mais de 8 cm não	3
Desde que não esteja com analgesia	2
Desistem por ter que levar o suporte pesado	1
Tem médico que implica quando está muito lotado	1
Se for de risco não	1
<b>É permitido adotar uma posição vertical</b>	
Sim	22
Observações:	
Até receber analgesia	1
Depende do estado psicológico da paciente. Se está bem deixa se movimentar	1
Poucas parturientes querem	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Tabela 12** – Opinião dos Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES) quanto à posição mais adequada para as parturientes permanecer durante o trabalho de parto e por que razão

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>
<b>Posição durante trabalho de parto</b>	
A que a parturiente se sentir melhor/ mais confortável	11
Decúbito lateral esquerdo/ decúbito lateral	6
Posição Vertical/ andando	5
<b>Total</b>	<b>22</b>
<b>Razão para considerar como a posição mais adequada aquela que a parturiente se sentir melhor</b>	
Cada parturiente tem uma posição na qual se sente melhor/ Algumas se sentem melhor sentadas e outras deitadas	9
Ela é quem fica horas com dor e tem que se dar tranqüilidade para ela	1
<b>Total</b>	<b>10</b>
<b>Razão para considerar como a posição mais adequada o decúbito lateral esquerdo (DLE)</b>	
Orientação que recebeu durante sua formação	2
De barriga para cima não oxigena o bebê	1
Oxigena melhor o bebê e facilita a respiração da mãe	1
Se for para ficar deitada é melhor de DLE	1
Para o conforto da parturiente	1
<b>Total</b>	<b>6</b>
<b>Razão para considerar como a posição mais adequada a vertical/ andando</b>	
Auxilia o trabalho de parto/ estimula o parto/ bebê encaixa mais rápido/ evolui mais rápido o trabalho de parto	3
Dor é menor/ diminui a dor	2
<b>Total</b>	<b>5</b>

**Tabela 13** – A parturiente ter um acompanhante durante o trabalho de parto ser uma rotina ou não do CO e por quais razões, segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variável</b>	<b>n</b>
<b>Parturiente ter um acompanhante no pré-parto é uma rotina do CO</b>	
Sim	1
Não	21
<b>Total</b>	<b>22</b>
<b>Porque razão não é rotina ter acompanhante</b>	
Estrutura física não permite/ não tem privacidade para as parturientes/ não tem biombos para separar os leitos/ leitos não são individuais/ só tem um leito	13
Só participa do parto quando pede/ se pedir para entra/ só estão autorizados a entrar no parto	3
Médicos e/ou direção não autorizam ainda	2
Só se for menor	1
Parturientes não sabem que é direito ter um acompanhante	1
Médicos não gostam	1
Não soube informar	1
<b>Total</b>	<b>21</b>
<b>Porque razão é rotina ter acompanhante</b>	
Orientação da enfermagem se a parturiente quiser é para deixar	1
<b>Total</b>	<b>1</b>

**Tabela 14** – Frequência com que as parturientes têm tido um acompanhante durante o pré-parto, nos últimos quatro meses (de maio a agosto de 2005) e quem tem sido na maioria das vezes esse acompanhante, segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>
<b>Frequência</b>	
Sempre	-
Na maioria das vezes	-
Algumas vezes	13
Nunca	5
Não é rotina do hospital	2
Outra	2
<b>Total</b>	<b>22</b>
<b>Acompanhante</b>	
Marido/Companheiro	8
Mãe	7
Outra Pessoa	2
<b>Total</b>	<b>17</b>

**Tabela 15** – A realização da tricotomia, da episiotomia nos partos vaginais como parte da rotina ou não do CO e a realização de partos verticais, segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variável</b>	<b>n</b>
<b>É rotina fazer a tricotomia</b>	
Sim	20
Não	2
<b>É rotina fazer a episiotomia nos partos vaginais</b>	
Sim	17
Não	4
Não tem certeza	1
<b>Realizam partos verticais</b>	
Não	22
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Tabela 16** – Frequência com que foram realizadas tricotomia e as razões dadas para essa frequência, nos últimos quatro meses (de maio a agosto de 2005), segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variável</b>	<b>n</b>
<b>Fizeram a tricotomia</b>	
Sempre	10
Na maioria das vezes	7
Algumas vezes	5
Nunca	-
Não é rotina do hospital	-
Outras	-
<b>Total</b>	<b>22</b>
<b>Razões para terem sido sempre tricotomizadas</b>	
Protocolo do hospital	4
Pela desinfecção/ evita infecção	3
Atrapalha a sutura/ segundo o médico atrapalha	3
Solicitação do médico/ fica mais fácil fazer episiotomia	2
<b>Total</b>	<b>10</b>
<b>Razões para terem sido na maioria das vezes tricotomizadas</b>	
Algumas já vêm depiladas	3
Indicação médica/ critério médico	2
Meio de contaminação na passagem do bebê	1
Protocolo do hospital	1
Se for fazer episiotomia	1
<b>Total</b>	<b>7</b>
<b>Razões para terem sido algumas vezes tricotomizadas</b>	
Já chegam com tricotomia	5
Parturientes sujas e muito peludas	1
A gente tem que fazer	1
Só se for incomodar a episiotomia	1
Faz parcial (na região supra púbica e perianal direita)	1
<b>Total</b>	<b>5</b>

**Tabela 17** – Frequência com que foram realizadas episiotomia nos partos vaginais e as razões dadas para essa frequência, nos últimos quatro meses (de maio a agosto de 2005), segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variável</b>	<b>n</b>
<b>Fizeram a episiotomia nos partos vaginais</b>	
Sempre	5
Na maioria das vezes	15
Algumas vezes	2
Nunca	-
Não é rotina do hospital	-
Outras	-
<b>Total</b>	<b>22</b>
<b>Razões para terem feito sempre episiotomia</b>	
No caso de primigesta	2
Caso de neném macrocefálico	1
Para ajudar a mãe e o neném. Evita machucar a mãe	1
Não responde/ Não soube informar	2
<b>Total</b>	<b>5</b>
<b>Razões para terem feito na maioria das vezes episiotomia</b>	
Partos com fórceps/ altas taxas de fórceps	4
Facilita passagem da criança	3
Indicação do próprio médico	2
Se parturiente tem episiotomia prévia	2
Diminui a laceração	2
Primigesta nunca escapa/ é bom para primigesta	2
Parto mais rápido e sem sofrimento para mãe	1
Neném é grande	1
Depende do médico. Uns esperam pra ver se há necessidade e outros já fazem	1
É rotina	1
Não faz se não vai ter rotura	1
Não soube informar	1
<b>Total</b>	<b>15</b>
<b>Razões para terem feito algumas vezes episiotomia</b>	
Se neném tem cabeça grande	1
É mais um critério médico	1
<b>Total</b>	<b>2</b>

**Tabela 18** – Frequência com que foram realizados partos verticais e as razões dadas para essa frequência, nos últimos quatro meses (de maio a agosto de 2005), segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Variável</b>	<b>n</b>
<b>Fizeram partos verticais</b>	
Sempre	-
Na maioria das vezes	-
Algumas vezes	-
Nunca	14
Não é rotina do hospital	10
Outras	-
<b>Total</b>	<b>22</b>
<b>Razões para nunca terem feito e não ser rotina do hospital fazer partos verticais</b>	
Não tem estrutura/ não tem cadeira/ não tem mesa	6
Não é parte da rotina/ não é protocolo/ filosofia do serviço	6
Por causa da analgesia	2
Padronização de atendimento na mesa obstétrica e na posição obstétrica	2
Facilidade de fazer na posição ginecológica	1
Falta de prática deles (médicos)	1
Conduta médica	1
As mães não têm orientação sobre partos verticalizados	1
Não soube informar	6
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Tabela 19** – Frequência com que tem sido utilizada analgesia nas parturientes no trabalho de parto, nos últimos quatro meses (de maio a agosto de 2005), segundo os Provedores do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

<b>Frequência</b>	<b>n</b>
Sempre	10
Na maioria das vezes	12
Algumas vezes	-
Nunca	-
Não é rotina do hospital	-
Outras	-
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Tabela 20** – Centímetros de dilatação que devem estar as parturientes para serem admitidas no CO, segundo profissionais que prestam atendimento no mesmo

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>
<b>Centímetros de dilatação</b>	
Acima de 2 cm	4
Maioria com 3 cm	4
Com 3 a 4 cm	4
Com 4 a 5 cm	3
Tem que estar em franco trabalho de parto/ depende da dilatação e da contração.	3
2 cm com colo fechado	2
Depende da avaliação do obstetra	2
Acima de 3 cm	1
Depende, algumas em trabalho de parto e outras para induzir	1
<b>Total</b>	<b>22</b>