

Parto humanizado em hospital de referência no estado do Paraná

Humanized childbirth on referral hospital in the Paraná State

Marcos Vinicius Gonçalves¹, Sheldon Rodrigo Botogoski²

Resumo

Introdução: O parto é um momento de insegurança e vulnerabilidade para a gestante. A maneira mais segura de tranquilizá-la é o parto humanizado. O parto humanizado propõe uma oposição à instrumentação excessiva do parto, além de assistência antes, durante e depois do evento do nascimento, parto domiciliar, acolhimento por parte da equipe e utilização correta das tecnologias. O Ministério da Saúde define a humanização em duas etapas: o acolhimento da parturiente e familiares de forma adequada por parte dos profissionais de saúde; e a adoção de práticas comprovadamente benéficas durante o acompanhamento do parto e do nascimento. O emprego de métodos obsoletos ou desnecessários pode levar a episódios de violência obstétrica (VO), reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma questão de saúde pública de mulheres e crianças. Os fatores que influem na humanização do parto são diversos. A maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) é um lugar propício para se verificar a ocorrência de parto humanizado, visto que é uma instituição de referência, concentrando uma variedade de parturientes de contextos sociais, culturais e econômicos diversos. O intuito do estudo é mensurar a ocorrência de parto humanizado e sua qualidade, além de trazer as percepções das parturientes acerca de seu próprio parto. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional transversal individualizado, com 71 puérperas internadas no CHC-UFPR. As entrevistadas responderam a um questionário com 19 perguntas, as quais avaliaram estado civil, cor, renda, escolaridade, e 9 parâmetros de humanização de parto, além das percepções do parto. **Resultados:** Puér-

peras solteiras e casadas tiveram porcentagens similares. A maioria das puérperas revelou ter terminado o ensino médio, se autodeclarou branca, ganhar de 1 a 2 salários mínimos e ser múltipara. As mulheres que não tiveram nenhuma gestação prematura e que realizaram o parto atual via vaginal também foram preponderantes. A maioria das puérperas também obteve pontuação máxima em 8 dos 9 critérios, a única exceção sendo o critério 5, que tratava do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor no parto. O score final foi classificado como “excelente” ou “bom” para mais de 98% das mulheres entrevistadas. Só houve significância estatística entre o score final e a presença de acompanhante na sala do parto. **Discussão:** Os dados encontrados neste estudo, em sua maioria, destoam dos obtidos em estudos anteriores similares, visto que foram mais positivos, dentre proporção parto vaginal/cesariana, presença de acompanhante durante o atendimento e intraparto, e a comunicação de informações à parturiente, corroborados pelas percepções dessas. **Conclusão:** As pacientes atendidas na maternidade do CHC-UFPR passam por uma boa ou excelente experiência de parto humanizado, atendidas por equipe competente que humaniza o atendimento em diversas esferas, além de aplicarem boas práticas. Limitações incluem o tamanho da amostra e dos resultados não corresponderem à realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

Palavras-chave: Parto humanizado, Violência obstétrica, Saúde materno-infantil

Abstract

Introduction: Childbirth is a moment of insecurity and vulnerability to the pregnant woman. The safest way to calm her is through humanized childbirth. It proposes an opposition to excessive instrumentalization of childbirth, and assistance before, during, and after childbirth, home birth, sheltering by the healthcare professionals' team and correct the use of technology. The Health Ministry defines humanization on two steps: first, the adequate sheltering of the parturient and her family by the health professionals' team; and the choice for proven and beneficial practices during childbirth. The use of obsolete or unnecessary methods might incur in episodes of obstetric violence, recognized

1. Universidade Federal do Paraná. Curso de Medicina. Curitiba - PR - Brasil

2. Universidade Federal do Paraná. Departamento de Tocoginecologia. Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba - PR - Brasil

Trabalho realizado: Universidade Federal do Paraná. Departamento de Tocoginecologia. Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba - PR - Brasil

Endereço para correspondência: Marcos Vinicius Gonçalves. Universidade Federal do Paraná. Curso de Medicina - 80060-240 - Curitiba - PR - Brasil. E-mail: marcosvgoncalves00@gmail.com

by the World Health Organization as a public health issue to women and children. There are multiple factors that influence humanized childbirth. The maternity wing of the Federal University of Paraná Clinics Hospital Complex is a proper place to verify the occurrence of humanized childbirth, since it's a reference institution that concentrates a variety of women from different social, cultural and economic backgrounds. The aim of the study is to measure the occurrence of humanized childbirth and its quality, bringing the perception of the puerperal women about their own childbirth. **Methods:** A observational, transversal study was conducted, with 71 puerperal women who were admitted to the maternity wing. The interviewed answered a form with 19 questions that evaluated their marital status, skin colour, income, schooling and 9 parameters of humanizing childbirth, in addition to the childbirth perceptions. **Results:** Single and married puerperal women had similar percentages. The majority of women finished high school, self-declared as white, had an income of 1-2 minimum wages and were multiparous. Most women also never had a premature pregnancy, and had the current delivery done vaginally. Most puerperal women also had maximum scoring on 8 of the 9 parameters, excluding parameter 5, that dealt with the use of non-pharmacological pain-relieving methods. The final score was classified as "excellent" or "good" on 98% of the interviewed. The only statically significant stat was between the final score and the presence of an intrapartum companion. **Discussion:** The data found within the study diverges of past data obtained in similar studies, since they were more positive, as with the vaginal/caesarean delivery ratio, presence of a companion during care and delivery, and communication with the parturient, as confirmed by the patient's own perceptions. **Conclusion:** The patients assisted in the maternity wing experience an excellent or good experience of humanized childbirth, being looked after by a competent team that humanized attention in diverse aspects, on top of applying good practices. Limitations include the sample size and the results not matching the reality of the majority of brazilian hospitals.

Keywords: Humanizing childbirth, Obstetric violence, Maternal and child health

Introdução

O parto, sem dúvidas, é uma das experiências mais singulares pelas quais o ser humano pode passar. Entretanto, também é um momento de insegurança e incerteza, o que gera ansiedade e preocupação para a gestante. Por isso, é importante que a ocasião do parto ocorra de forma tranquila e confortável para parturiente, e a maneira mais segura de garantir algo tão importante é o parto humanizado.

O parto humanizado é, sobretudo, uma expressão "polissêmica". Ao mesmo tempo que intenciona ser

a oposição de um parto excessivamente instrumentalizado e que propõe uma diferente assistência antes, durante, e depois do nascimento, também promove a ocorrência do parto domiciliar e a postura dos profissionais em relação ao acolhimento da gestante durante o atendimento, além da utilização correta da tecnologia em prol do bem-estar da paciente⁽¹⁾.

No Brasil, o movimento do parto humanizado teve início ainda na década de 70, tendo como um dos expoentes o médico paranaense Moysés Paciornick, favorável à aplicação de práticas indígenas nos centros obstétricos, como o parto na posição de cócoras⁽¹⁾. Em 1993, ocorreu o estabelecimento da *Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento* (Rehuna), uma Organização Não Governamental (ONG) brasileira que tem como missão a "divulgação de assistência e cuidados perinatais baseado em evidência científicas", tal como descrito em seu documento fundador, a "*Carta de Campinas*"⁽²⁾. Surge no estado do Rio de Janeiro, no ano de 1994, a maternidade Leila Diniz, primeiro centro público que se autodetermina "humanizado" no país⁽³⁾.

Todos esses acontecimentos, mesmo que isolados num primeiro momento, serviram para pavimentar o caminho para a organização de políticas públicas de abrangência federal, como foi o *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento* (PHPN), do Ministério da Saúde, em 2000⁽⁴⁾; o *Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento*, de 2002⁽⁵⁾; a Rede Cegonha, em 2011⁽⁶⁾; o volume 4 dos *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento*, de 2014⁽⁷⁾; e as *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*, de 2017⁽⁸⁾.

Segundo o Ministério da Saúde⁽⁵⁾, a humanização do parto se sustenta em dois pilares. O primeiro assevera o dever das unidades de saúde em receber a parturiente, familiares e o recém-nascido com dignidade, portanto exigindo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais atuantes, uma estrutura adequada e rotinas de serviço que não isolem a mulher nem do processo, nem de seus entes. O segundo pilar diz respeito a adoção de práticas comprovadamente benéficas durante o acompanhamento do parto e do nascimento, de modo a evitar intervenções desnecessárias as quais muitas vezes não resultam em benefício para o binômio mãe-feto e, ocasionalmente, transformam-se em riscos infelizes.

Tais práticas desnecessárias podem configurar episódios de violência obstétrica (VO), a qual pode ser definida como qualquer ato violento cometido durante o atendimento profissional de mulheres grávidas, parturientes ou puérperas e/ou de recém-nascidos e que incorra em desrespeito de sua autonomia, integridade física, moral ou psicológica, ou desrespeite suas preferências ou sentimentos⁽⁹⁾. A VO foi oficialmente reconhecida, em 2014, pela Organização Mundial da

Saúde (OMS) como uma questão de saúde pública que paira sobre mulheres e crianças⁽¹⁰⁾, sendo fundamentada em questões que envolvem violência de gênero, fragilidade do vínculo entre médico e paciente, e de uma apropriação dos processos reprodutivos da mulher, suplantando-os com uma medicalização e instrumentalização excessivas⁽¹¹⁾.

Dado que o parto configura um momento de bastante fragilidade para a gestante, é preciso reconhecer outras características que contribuam para esse estado de vulnerabilidade. O nível socioeconômico, a extensão da escolaridade, a cor da pele e a modalidade do parto, se vaginal ou cesárea, parecem influir na qualidade do atendimento prestado⁽¹²⁾.

Fundado em 1961, o Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) é referência não só para o estado em que opera, mas para o país como um todo, como uma instituição que se fundamenta nos pilares do ensino, pesquisa e extensão. O serviço de obstetrícia, em particular, concentra gestações de baixo, médio e alto risco de toda a cidade e região metropolitana de Curitiba, com grande diversidade de parturientes com percepções e históricos variados.

Portanto, o intuito do presente estudo é mensurar a ocorrência do parto humanizado dentro da maternidade do CHC-UFPR, identificar quais das ferramentas atuais devem ter seu uso estimulado por parte dos profissionais e quais ainda são pouco utilizadas, além de trazer à luz a percepção das parturientes sobre o atendimento dispensado e de seu próprio parto.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal individualizado, conduzido pelos pesquisadores no período de fevereiro de 2022 até julho de 2022.

A população abordada no estudo é constituída por 71 mulheres de 18 a 50 anos, puérperas, que realizaram seu parto na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas-UFPR, seja na modalidade vaginal (“parto normal”) ou por meio de cesariana.

Foi proposto um questionário composto por 19 perguntas, sendo 18 delas objetivas e uma aberta. Num primeiro momento, as perguntas avaliaram características sociodemográficas, como estado civil, escolaridade, raça, renda, número de gestações, número de abortos, local de partos prévios, e modalidade de parto. A segunda parte do questionário buscou avaliar o nível de humanização do atendimento oferecido, por meio de 9 critérios. A pergunta aberta trata da percepção da puérpera sobre seu próprio parto, com seus aspectos positivos e negativos.

A segunda parte do questionário foi baseado no

estudo “Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil”, por Nagahama e Santiago, 2011⁽¹³⁾. Nove perguntas foram transformadas em 9 critérios, sendo que as respostas à essas perguntas receberiam pontuações que compõem um escore final, usado na avaliação do parto. A resposta positiva (sim) vale 2 pontos; a resposta negativa (não) vale 0 pontos; e a resposta intermediária (em parte), quando aplicável, vale 1 ponto. O critério 5, que trata do oferecimento de métodos não farmacológicos para alívio da dor, possui várias combinações de respostas possíveis, sendo que cada opção oferecida equivale a 1 ponto. O escore final, usado na avaliação do atendimento como um todo, pode variar de 0 até 20 pontos. Para fins de classificação, o atendimento pode ser avaliado como insatisfatório (0 a 5 pontos); regular (6 a 10 pontos); bom (11 a 15 pontos); e excelente (16 a 20 pontos).

Em relação aos critérios, os 6 primeiros tratam da atenção dispensada durante o atendimento do trabalho de parto. O primeiro critério questiona se a equipe de atendimento se apresentou à parturiente, importante para que a paciente identifique a equipe e se sinta respeitada⁽¹⁴⁾. O segundo critério guarda relação com a permissão da realização de exames, como o exame de toque, ação que guarda uma relação positiva com a humanização, além de constituir violência obstétrica caso a permissão não exista^(12,14). O critério terceiro diz respeito ao nível de informação que a parturiente recebeu da equipe durante o atendimento, indicando uma individualização do cuidado e a criação de laços entre o profissional e paciente⁽¹⁴⁾. O quarto critério indaga sobre a presença de um acompanhante, cuja permanência e o apoio contínuo é relacionada a uma menor duração do trabalho de parto e redução da taxa de cesariana⁽¹⁵⁾. O critério número 5 referencia a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio para dor. Tais métodos auxiliam na diminuição do tempo de trabalho de parto, levam a um nível maior de bem-estar para a parturiente e diminuem o uso de sedativos e analgesia peridural, além de demonstrarem novamente a individualização do cuidado⁽¹⁶⁾. O sexto critério trata sobre o oferecimento de líquidos à paciente, indicador da hidratação e da prevenção de acidose^(17,18).

Por sua vez, os outros 3 critérios focam na atenção dada à parturiente durante o parto. O sétimo critério trata novamente do nível de informação que a gestante recebeu, mas em outro momento, demonstrando a atenção individualizada mais uma vez⁽¹⁴⁾. O critério de número 8 questiona da presença do acompanhante durante o processo do parto, a qual ajuda a evitar o isolamento da gestante e coíbe a ocorrência de violência durante esse momento vulnerável^(9,15). O último

critério se relaciona a duração do contato pele-a-pele após o nascimento, que ajuda na criação do vínculo entre mãe e filho e auxilia na duração e qualidade da amamentação⁽¹⁹⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do CHC-UFPR, com número CAAE 52719321.7.0000.009. A análise dos dados foi realizada com auxílio dos programas Microsoft Excel e R (R Core Team) versão 4.1.2, com a função Exato de Fisher.

Resultados

Foram entrevistadas 71 mulheres, com idade que variou de 18 a 50 anos. Em relação ao estado civil, foram encontradas porcentagens similares e expressivas entre solteiras e casadas (46,4% e 42,2%, respectivamente) e um número menor de puérperas em união estável, com 9,8%. Apenas 1,4% relatou ser viúva, e não houve qualquer participante divorciada.

Em respeito à escolaridade, 43,6% das entrevistadas disse ter o 2º grau completo. Houve porcentagens parecidas entre as puérperas que terminaram o 1º grau (19,7%) e as que concluíram um curso superior (18,3%). Em menor número, as mulheres que possuem 2º grau incompleto (9,8%), ensino superior completo (5,6%) e 1º grau completo (2,8%). Nenhuma das abordadas relatou nunca ter estudado.

No que diz respeito à cor das participantes, a maioria se declarou branca, com 53,5%. As puérperas auto declaradas pardas perfizeram 30,9%. O índice de mulheres pretas entrevistadas foi de 14%, e o de amarelas apenas 1,4%. Não foi possível abordar nenhuma puérpera indígena.

Em relação à renda, a maioria (60,5%) das entrevistadas declarou ganhar de 1 a 2 salários mínimos. Em segundo lugar, 23,9% relataram ganhar de 2 a 4 salários mínimos, enquanto que 15,4% informaram ganhar menos de um salário mínimo. Nenhuma puérpera abordada atestou ganhar mais de 5 salários mínimos.

Sobre o número de gestações, 46,4% das puérperas participantes informaram ter tido duas gestações. 29,5% comunicaram estar na primeira gestação, e 23,9% relataram ter tido três ou mais gestações. Quando questionadas em relação ao número de gestações que não chegaram a termo, 64,7% das participantes relataram que nenhuma gestação foi prematura. 26,7% informaram que apenas 1 gestação não chegou a termo, 5,6% comunicaram que 2 gestações foram prematuras e apenas 2,8% informaram que 3 ou mais gestações não chegaram a termo.

Sobre a quantidade de abortos, a maioria das participantes (78,8%) relatou nunca ter passado por um evento desse tipo. 21,1% das puérperas abordadas relatou ter passado por um abortamento. Não foi possível encontrar nenhuma participante com que tivesse

ocorrido dois abortamentos, muito menos 3 ou mais.

A grande maioria dos partos anteriores das entrevistadas foram realizados em hospital público, com 98,5%. Apenas uma das puérperas entrevistadas teve seu parto prévio em hospital privado. Não foi possível encontrar nenhuma participante que tivesse realizado partos em casas de parto, ou em seu próprio domicílio.

Na modalidade de parto realizada, 71,8% das entrevistadas informou que foi optada pela via vaginal (parto normal). As demais puérperas abordadas (28,1%) realizaram o parto via cesárea.

Em relação aos critérios de avaliação do parto humanizado, o parâmetro 1, que questionava sobre a apresentação da equipe durante o atendimento da parturiente, 87,3% das entrevistadas informaram que todos se apresentaram; 7,04% relataram que apenas parte da equipe se apresentou; e 5,6% comunicaram que ninguém da equipe se apresentou. O parâmetro 2, que avaliava se a equipe pediu permissão para a realização de exames, cursou com 88,7% das puérperas alegando que sua permissão foi pedida para todos os exames; 14% informando que sua permissão foi pedida apenas em alguns exames; e 1,4% comunicaram que sua permissão não foi pedida. O parâmetro 3 avaliava o nível de informação recebido pela parturiente durante o atendimento. 84,5% das participantes relataram que ficaram satisfeitas com o nível de informação recebido; 14% declararam que receberam informações, mas não tudo o que gostariam; e 1,4% referiram não ter recebido qualquer informação. O parâmetro 4 indagava sobre a presença de um acompanhante durante o atendimento, para o qual 90,1% atestaram que o acompanhante foi permitido e permaneceu junto a maior parte do tempo; para 7,04% das puérperas, o acompanhante foi permitido, mas não pela maior parte do tempo; e 2,8% das entrevistadas alegaram que o acompanhante não foi permitido. Para o parâmetro 5, que questionava sobre o uso de métodos não farmacológicos (banho, massagem, música e respiração) para o alívio da dor, metade das entrevistadas (50,7%) informou que nenhum dos métodos foi utilizado; para 30,9% das puérperas abordadas, foi empregado pelo menos um dos métodos; 16,9% informaram ter utilizado dois métodos; e 1,4% relataram ter feito uso de três métodos. Nenhuma das entrevistadas alegou ter feito uso dos quatro métodos. O parâmetro 6, que buscava avaliar se foram oferecidos líquidos para a hidratação das puérperas durante o atendimento, obteve que 90,1% das puérperas confirmou o recebimento de água ou sucos, enquanto que 9,8% alegaram que nada lhes foi oferecido.

Em relação aos critérios que avaliavam a qualidade do serviço prestado na sala de parto/centro cirúrgico, o parâmetro 7, que avaliava se foi dispensada informação suficiente para a puérpera, obteve que 88,7% das

entrevistadas considerou que obteve todas as informações que gostaria; 9,8% responderam que lhes foi dada informação, mas não suficientemente; e 1,4% indicou que não recebeu quaisquer informações. O parâmetro 8, que indicava a presença de um acompanhante durante o parto, indicou que em 95,7% dos casos foi permitida a presença do acompanhante; 4,2% das puérperas entrevistadas relataram que o acompanhante não foi permitido. O parâmetro 9 avaliava quanto tempo durou o contato pele-a-pele entre a puérpera e o recém-nascido. 67,6% das entrevistadas alegaram que o contato durou mais de meia-hora; 19,7% informaram que durou menos de meia-hora; e 12,6% relataram que não houve qualquer contato pele-a-pele.

O escore final, que levou em consideração as pontuações dos 9 parâmetros, indicou que 64,7% das puérperas entrevistadas tiveram um atendimento considerado excelente; para 33,8%, o atendimento foi bom; e para 1,4% das pacientes abordadas, o atendimento foi considerado regular. Não houve nenhuma paciente para quem o atendimento foi enquadrado como insatisfatório.

Foram realizados, por meio do teste exato de Fisher, cruzamentos entre algumas perguntas realizadas e do escore final, a fim de verificar se existia alguma relação significativa entre os fatores e o escore. Não houve relação significativa (ou seja, $p > 0,05$) nos cruzamentos de estado civil ($p=0,4124$), escolaridade ($p=0,1891$), cor ($p=0,07859$), renda ($p=0,7802$), tipo de parto ($p=0,1435$) e uso dos métodos não farmacológico para alívio da dor ($p=0,1308$). Entretanto, foi encontrada relação significativa na relação entre o escore final e a presença de acompanhante durante o parto ($p = 0,04225$).

Em relação à pergunta aberta sobre a percepção das puérperas sobre seu parto, todas as 71 participantes responderam de forma qualitativa, sendo que suas respostas serão oportunamente expostas e argumentadas no decorrer do texto.

Discussão

O perfil predominante das puérperas entrevistadas é o de uma mulher múltipara, cujas gestações chegaram ao termo, sem histórico de aborto, atendida em hospital público, e cujo parto foi pela via vaginal. Quanto a seu perfil socioeconômico, trata-se de uma mulher solteira, branca, que completou o ensino médio, com faixa salarial de 1 a 2 salários mínimos.

É notável a proporção entre partos feitos pela via vaginal e via cesárea, com a maioria dos partos sendo feitos da primeira forma, em cerca de 71,8% dos casos. São índices maiores do que dados recentes do Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾, os quais apontam que, em 2013, os partos por cesariana representaram 55% dos

nascimentos, contra 45% de partos via vaginal. Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾ também obtiveram maioria de cesarianas em seu estudo, com 52,5% dos partos, bem como García-Torres et al, 2020⁽²⁰⁾, com 48,9% dos partos realizados. Em tempo, é importante lembrar que a taxa aceitável de cesarianas numa população, segundo a World Health Organization⁽²¹⁾, é de 10 a 15%, taxa associada a diminuição de morte neonatal e materna⁽²²⁾. Além disso, há evidência⁽²³⁾ que, no Brasil, uma quantidade expressiva das cesárias não é realizada por necessidade ou por desejo da parturiente, mas sim por preferência da equipe de parto, em razão do comodismo e da rapidez da operação. Isso mostra como a maternidade do CHC-UFPR defende as práticas centradas na medicina baseada em evidências, e consegue manter uma taxa expressiva de partos normais mesmo atendendo casos de risco intermediário ou alto.

Os valores do escore final, os quais ficaram localizados principalmente na faixa “bom” e “excelente” da avaliação do atendimento prestado chamam a atenção, pois foram esmagadoramente positivos. São índices destoantes do estudo realizado por Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾, na cidade de Maringá, em que a maioria dos atendimentos ficou na faixa “regular”, e do estudo mexicano de García-Torres et al, 2020⁽²⁰⁾, que classificou a maioria dos atendimentos observados como “inadequada”. Essa discrepância atesta para o notável grau de cuidado e comprometimento para com os pacientes dos profissionais da Maternidade do CHC-UFPR. Alguns relatos das parturientes corroboram para essa afirmação, como: “Gostei bastante do atendimento. Os enfermeiros sempre atenciosos e pacientes.” M., 40 anos; “A minha experiência de parto foi ótima. Achei a estrutura e a equipe do hospital muito boas” C, 29 anos; “Fui muito bem tratada pela enfermagem. Isso tornou o internamento bem agradável.” H., 31 anos. Visto que o CHC-UFPR é um hospital de referência não só para o estado do Paraná, mas para todo o país, é necessário que a instituição pautem um modelo a ser seguido, o que, felizmente, ocorre na maternidade.

Em relação aos critérios utilizados para a composição do escore final, o primeiro critério tratava da apresentação da equipe à parturiente, e obteve pontuação máxima em 87,3% dos casos. A apresentação e identificação da equipe é importante para que a paciente se sinta segura e respeitada⁽¹⁴⁾, e para que ela saiba determinar o autor de algum episódio de violência obstétrica, caso esse ocorra nesse momento de vulnerabilidade⁽¹²⁾. A permissão para realização de exames caracterizava o segundo critério, e recebeu pontuação máxima para 88,7% das entrevistadas. A permissão humaniza o atendimento e fortalece o vínculo entre a paciente e o profissional⁽¹⁴⁾, e a reali-

zação de exames e procedimentos sem a autorização expressa da gestante influi em violência obstétrica⁽²⁴⁾. O terceiro critério recebeu pontuação máxima com 84,5% das entrevistadas, e traduzia o nível de informação recebido durante o atendimento. No estudo de Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾, a maioria (66,6%) também recebeu pontuação máxima nesse critério, o que não ocorreu no trabalho de García-Torres et al, 2020⁽²⁰⁾, no qual apenas 15,3% das parturientes avaliaram o nível informacional como satisfatório. Para o quarto critério, que tratava da presença de acompanhante durante o atendimento, houve, foram identificados nesse estudo índices maiores do que na literatura. Para as puérperas entrevistadas na maternidade do CHC-UFPR, o acompanhante foi permitido e permaneceu junto a maior parte do atendimento em 90,1% dos casos, enquanto que para Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾ isso ocorreu em apenas 49% das entrevistadas. No estudo conduzido por García-Torres et al, 2020⁽²⁰⁾, o acompanhante só ficou a maior parte do tempo em 1,1% dos atendimentos. A presença de um acompanhante é positivamente associada com a redução no tempo do trabalho de parto, menor necessidade de analgesia, recém-nascidos com baixo escore de Apgar⁽¹⁵⁾.

O quinto critério, que tratava do uso de medidas não farmacológicas para o alívio de dor, é também o critério no qual a maternidade do CHC-UFPR possui maior possibilidade de melhora. Metade das parturientes entrevistadas relatou que nenhuma das quatro possibilidades foi usada, sendo que, no estudo de Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾, 67,3% das entrevistadas utilizaram pelo menos um dos métodos. Para García-Torres et al, 2020⁽²⁰⁾, apenas 9,5% das puérperas não fizeram uso de algum método não farmacológico. É comprovado⁽¹⁶⁾ que os métodos não farmacológicos diminuem o uso de analgesia peridural, de sedativos e aumentam o bem-estar da parturiente. O uso de massagem, por exemplo, ajuda a reduzir o dor do trabalho de parto, além de trazer também conforto emocional⁽²⁵⁾ para a paciente. O uso de banho também reduz⁽²⁶⁾, em parturientes com 8 a 9 cm de dilatação, a magnitude da dor, diminuindo paralelamente a necessidade de analgesia na primeira fase do parto, sendo que o estudo de Gallo et al, 2018⁽²⁷⁾ demonstrou que banhos com temperatura de 37 graus celsius, quando aliados a outros métodos não farmacológicos, resultavam em diminuição da dor. É necessário dizer que, com a recente abertura do novo centro de parto normal, a maternidade do CHC-UFPR terá uma melhor estrutura para a utilização dos métodos não farmacológicos. Ainda assim, é preciso frisar que sua utilização é amplamente benéfica para as parturientes em diversos sentidos, o que se traduzirá numa performance ainda melhor do atendimento. O sexto critério tratava do cuidado com a hidratação da paciente, com o ofereci-

mento de líquidos. Foram oferecidos para 90,1% das participantes, contra 46,9% no estudo de Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾. O oferecimento de líquidos previne a ocorrência de acidose. Autores como Boaretto, 2003⁽²⁸⁾ já haviam identificado a restrição de líquidos como prática recorrente em hospitais, e é significativo como a maternidade do CHC-UFPR segue, por sua vez, a recomendação da World Health Organization⁽¹⁷⁾ sobre o tópico, a qual dita que o consumo de líquidos é benéfico tanto para a parturiente como para o feto.

Os três critérios restantes avaliaram a conduta dentro da sala de parto ou da sala de cirurgia. O sétimo critério questionava sobre o nível informacional que a parturiente recebeu no intraparto. 88,7% das entrevistadas sentiu que todas as suas dúvidas foram solucionadas e que houve boa comunicação por parte da equipe. Em Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾, o índice foi um pouco menor, com 68,7% das entrevistadas. A boa comunicação demonstra o cuidado individual¹⁴ e é um bom balizamento de humanização, e o índice também evidencia que a qualidade da informação não decai entre o atendimento e sala de parto. A presença de acompanhante na sala de parto era o oitavo critério, que pontuou em 95,7% das parturientes entrevistadas, sendo que no estudo de Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾, apenas 1,4% das parturientes tiveram o acompanhante durante o parto. A presença de uma pessoa conhecida no intraparto é ainda mais importante do que durante atendimento⁽²⁹⁾, visto que diminui o isolamento⁽⁹⁾ sofrido pelas gestantes, além de prevenir violências⁽¹⁵⁾ que a gestante talvez fosse sofrer nesse momento de vulnerabilidade. O último critério avaliava o tempo de contato pele-a-pele após o parto. A maioria das entrevistadas relatou que o contato durou mais de meia hora, sendo 67,6% do total. Nagahama, Santiago, 2011⁽¹³⁾ apontam, em seu estudo, que apenas 7% das participantes teve um pele-a-pele por mais de meia hora. O contato é importante para garantir a liberação de ocitocina, que fortalece o vínculo entre a mãe e o recém-nascido, além de também melhorar a qualidade e duração da amamentação exclusiva⁽¹⁸⁾. Portanto, é possível dizer que, baseado nos resultados da amostra, a maternidade do CHC-UFPR põe, em uso, em sua maioria, práticas efetivas para o nascimento saudável dos fetos, respeitadas para com as parturientes e, acima de tudo, fundamentadas na medicina baseada em evidências, tal qual o esperado de um hospital de referência.

Não houve relação significativa entre a maioria dos parâmetros/características sociais escolhidas e o escore final. Isso se deu, principalmente, pois a qualidade do serviço foi bastante homogênea e positiva entre os diversos grupos, fazendo com que a análise estatística não mostrasse significância entre eles. Isso é indicativo que a maternidade do CHC-UFPR não faz

distinção entre cor, renda, ou estado civil, dispensando um tratamento adequado e de qualidade para a grande maioria das gestantes. Porém, houve uma exceção. A presença de acompanhante na sala de parto (critério 8) foi associada com um maior escore final, demonstrando mais uma vez a importância de uma pessoa conhecida no intraparto, tal qual já foi discutido.

Em relação a percepção das parturientes sobre o próprio parto, todas as parturientes responderam. À algumas, foi pedido que dessem uma nota para o atendimento de 0 a 10. As respostas variaram de 6 até 10, que foram predominantemente acompanhadas de impressões positivas em relação a equipe, o atendimento e estrutura do hospital: “A minha experiência foi muito boa, fui bem atendida. Não me senti desrespeitada em nenhum momento”, K., 38 anos; “O parto foi bem tranquilo, esperava sentir mais dor. A equipe foi bastante atenciosa, B., 19 anos. A maioria das reclamações ouvidas foi centrada na demora do atendimento. “A equipe do parto foi excelente, mas achei o atendimento no pronto atendimento péssimo, com muita demora e grosseria”, A., 33 anos; “Dou uma nota oito para o atendimento. Mas achei muito demorado lá no começo. Cheguei às 11 da noite e só subi para o quarto às 10 da manhã”, B., 21 anos. Em relação a episódios de violência obstétrica, apenas duas ocorrências em 71 entrevistas chamam a atenção: “A experiência do parto foi muito boa, mas a equipe não queria deixar a minha doula entrar. Houve resistência mesmo depois de eu falar sobre a Lei da Doula⁽³⁰⁾, e isso me estressou. Mas, no final, deixaram ela vir” D., 35 anos; “Me senti bem atendida aqui na maternidade. Mas achei que o médico rompeu a bolsa contra a minha vontade. Eu não queria e ele fez mesmo assim” P., 30 anos. Em ambos os casos, os direitos e desejos da parturiente não foram respeitados, o que, vide a definição, configurariam episódios de violência obstétrica. Entretanto, é importante frisar o quão isolados esses incidentes foram se comparado ao resto dos dados. Ademais, as puérperas em questão ainda consideraram o serviço como um todo bom, indicando que os episódios não foram o suficiente para macular a experiência do parto na maternidade do CHC-UFPR.

Conclusão

As pacientes atendidas na maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR passam por uma boa ou excelente experiência de parto humanizado, sendo bem atendidas por uma equipe competente e preparada, a qual humaniza o atendimento de maneira a deixar uma boa impressão nas puérperas, fazendo com que se sintam acolhidas, respeitadas e empoderadas. A equipe também utiliza boas práticas, fundamentadas na medicina baseada em evidências,

deixando de lado métodos que não tenham respaldo na literatura ou por agências especializadas, diminuindo assim a ocorrência de violência obstétrica.

Dentre as limitações desse estudo, inclui-se o número relativamente pequeno da amostra, que pode fazer com que os resultados fiquem muito concentrados em um extremo. Cita-se também o local de realização o qual, como hospital de referência, pode fazer com que os resultados bastante positivos não correspondam à realidade na maioria das instituições de saúde brasileiras.

Financiamento: Nenhum.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Contribuição dos autores: **MVG:** Conceitualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração de projeto, Recursos, Programas, Validação, Visualização e Escrita- rascunho original. **SRB:** Conceitualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração de projeto, Recursos, Programas, Supervisão, Validação, Visualização e Escrita-revisão, Edição.

Referências

1. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Colet*. (Impr.). 2005; 10(3):627–37. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
2. REHUNA. Carta de Campinas. Ato de fundação. Movimento pela humanização do parto. [Internet]. Campinas: REHUNA; 1993. [citado 2023 Out 1]. Disponível em: <https://rehuna.org.br/acervo/artigos/>.
3. Tornquist CS. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil, 2004. Tese [Doutorado]. [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004. [citado 2023 Set 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. [citado 2023 Set 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. 28p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 43). [citado 2023 Out 1]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2011. [citado 2023 Out 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

- Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). [citado 2023 Out 1]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. 51p. [citado 2023 Out 1].
 9. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc Saúde Colet. (Impr.)*. 2019; 24(8):2811–24.
 10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014. [citado 2023 Out 1]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/prevencao-e-eliminacao-de-abusos-desrespeito-e-maus-tratos/>
 11. Rodrigues FAC, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida
 - PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprod Clim. 2017; 32(2):78-84.* <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>
 12. Jardim DMB, Modena CM. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Rev Latinoam Enferm (Online)*. 26:e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
 13. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2011; 11(4):415–25. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. [Internet]. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001. 199 p. [citado 2023 Out 1]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
 15. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 7(7):CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
 16. Simkin PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5 Suppl Nature):S131-59. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.122382>
 17. World Health Organization (WHO). Maternal and newborn health. safe motherhood unit. family and reproductive health. care in normal birth: a practical guide. Genebra: WHO; 1996. 54p.
 18. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 de novembro de 2016;11(11):CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Dados de 2012. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2013 SINASC e SIP/ANS. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [citado 2022 Set 30]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/ApresentaPARTO-06-01-15.pdf>>.
 20. García-Torres O, Félix-Ortega A, Álvarez-Villaseñor AS. Percepción del parto humanizado em pacientes em período de puerperio. *Rev Méd Inst Mex del Seguro Soc.* 2020; 58(3):258–64. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
 21. World Health Organization (WHO). WHO Statement on caesarean section rates. *Human Reproduction Programme*, 10 April 2015. *Reprod Health Matters.* 2015; 23(45):149-50. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.07.007>
 22. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health.* 2015; 12:57. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0043-6>
 23. Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2012.
 24. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015; 10(35):1–12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
 25. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (2):CD009290. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub2>
 26. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D, et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008; 10(3):600-9. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46588>
 27. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *J Physiother.* 2018; 64(1):33–40. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>
 28. Boaretto MC. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
 29. Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz. Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
 30. Curitiba (Paraná). Lei Estadual N° 21053/2022. Dispõe sobre a presença de doulas no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, mediante solicitação da parturiente. [Internet]. [citado 2023 Out 23]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=432010>

Trabalho recebido: 17/04/2024

Trabalho aprovado: 10/06/2024

Trabalho publicado: 18/06/2024

Editor Responsável: Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor Chefe)

