



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

HERLA MARIA FURTADO JORGE

PERCEPÇÃO E PRÁTICA DO ENFERMEIRO PARA A HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO NO PRÉ-NATAL E PARTO EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO

*NURSES' PERCEPTION AND PRACTICE TOWARDS THE HUMANIZATION OF
ANTENATAL CARE AND DELIVERY IN HIGH-RISK MATERNITY HOSPITALS*

CAMPINAS
2017

HERLA MARIA FURTADO JORGE

PERCEPÇÃO E PRÁTICA DO ENFERMEIRO PARA A HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO NO PRÉ-NATAL E PARTO EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO

*NURSES' PERCEPTION AND PRACTICE TOWARDS THE HUMANIZATION OF
ANTENATAL CARE AND DELIVERY IN HIGH-RISK MATERNITY HOSPITALS*

Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde Materna e Perinatal.

Doctorate thesis presented to the Post-Graduation in Tocogynecology of the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas as part of the requisites required to obtain the Doctorate Degree in Health Sciences, area of concentration in Maternal and Perinatal Health.

ORIENTADORA: MARIA YOLANDA MAKUCH

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA HERLA
MARIA FURTADO JORGE, E ORIENTADA PELA
PROF^a. DR^a. MARIA YOLANDA MAKUCH.

CAMPINAS

2017

Agência (s) de fomento e nº (s) de processo (s): Não se aplica.

Ficha catalográfica Universidade Estadual de
Campinas Biblioteca da Faculdade de
Ciências Médicas Maristella Soares dos
Santos - CRB 8/8402

Jorge, Herla Maria Furtado, 1988-

J768p Percepção e prática do enfermeiro para a humanização do atendimento no pré-natal e parto em maternidades de alto risco / Herla Maria Furtado Jorge. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Maria Yolanda Makuch.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação. 2. Hospitais de ensino. 3. Cuidado pré-natal. 4. Parto humanizado. 5. Enfermeiras obstétricas. I. Makuch, Maria Yolanda. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Nurses' perception and practice towards the humanization of antenatal care and delivery in high-risk maternity hospitals

Palavras-chave em inglês:

Education Teaching
hospitals Antenatal
care Humanizing
delivery Nurse
midwives

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Yolanda Makuch [Orientador]
Maria José Martins Duarte Osis
Fernanda Garanhani de Castro Surita
Rodrigo Pauperio Soares de Camargo
Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Data de defesa: 21-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Herla Maria Furtado Jorge

Orientadora: Maria Yolanda Makuch

MEMBROS:

1. Prof(a). Dr(a). Maria Yolanda Makuch
2. Prof(a). Dr(a). Maria José Martins Duarte Osis
3. Prof(a). Dr(a). Fernanda Garanhani de Castro Surita
4. Prof(a). Dr. Rodrigo Pauperio Soares de Camargo
5. Prof(a). Dr(a). Roseli Mieke Yamamoto Nomura

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data da Defesa: 21/02/2017

Dedico este trabalho...

*Ao meu filho Pedro Kaleb que me permitiu vivenciar
a experiência do parto normal humanizado e a
concretizar o objeto de estudo desta tese.*

AGRADECIMENTOS

A Deus. ELE sempre está à frente da minha vida.

Aos meus pais Hermínio Veras e Maria Furtado por apoiarem todas as minhas decisões e por serem o alicerce da minha trajetória profissional e acadêmica.

Ao meu irmão Hermildio Furtado pela amizade, companheirismo e apoio a minha formação acadêmica.

Ao meu marido Ilker Márcio e ao meu filho Pedro Kaleb pela compreensão do tempo despendido a este estudo. Por mais difícil que tenha sido, com vocês ao meu lado sempre ficava mais fácil.

A prima e irmã Wasty que cuidou tão bem do meu filho quando precisei me ausentar para realizar as atividades da tese.

À minha orientadora Dra María Yolanda Makuch, pelo seu apoio, paciência, ensinamentos e dedicação em todas as etapas de construção da tese.

A professora Dra Raimunda Magalhães pelo constante incentivo e por todos os ensinamentos desde a graduação às contribuições deste estudo.

As amigadas construídas em Campinas, em especial, a Ana Luiza Oliveira, Ana Kalliny, Larissa Veríssimo, Fabiana Peroni, Elizabeth Cabral, Mercês de Fátima e Maiza Claudia Vilella que dividiram comigo experiências enriquecedoras.

As amigas e companheiras, Ana Carine, Juliana Fonseca e Lia Maristela que me apoiaram durante esta caminhada e dividiram comigo momentos de alegria e de angústia. Sou imensamente grata pela vivência de cada momento.

À Divisão de Obstetrícia do CAISM e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, pelo apoio na viabilização da coleta dos dados.

Ao grupo de Ensino e Pesquisa em Saúde da Mulher da Universidade de Fortaleza, em especial, as companheiras Ana Carolina e Jarli Freitas pela disponibilidade e parceria no momento em que mais precisei.

Aos enfermeiros (as) que aceitaram o convite para participar do estudo e acreditaram na efetivação desta pesquisa.

A Universidade de Fortaleza que contribuiu para a minha formação, oportunizou a experiência do mestrado sanduíche na UNICAMP e me permite exercer a docência. Sou grata ao apoio e liberação para as idas e vindas a Campinas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa concedida durante o curso do doutorado.

RESUMO

Objetivo: Estudar a percepção e prática dos profissionais de enfermagem em relação à incorporação de ações de humanização na assistência a gestação e parto.

Método: Foi realizado um estudo qualitativo e uma revisão integrativa da literatura. A seleção dos participantes foi por amostragem proposital, e o número de participantes foi determinado pelo critério de saturação teórica dos dados. A coleta de dados ocorreu no ano de 2015, no ambulatório do pré-natal de alto risco e no centro obstétrico de duas maternidades públicas de atenção terciária localizadas nas regiões Sudeste (maternidade A) e Nordeste (maternidade B) do Brasil. A amostra foi composta por dois grupos de participantes. Um grupo foi formado por enfermeiros que realizavam assistência ao pré-natal e o outro por enfermeiros do centro obstétrico das duas maternidades. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando um roteiro temático. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. As categorias de análise foram organizadas de acordo com as recomendações propostas pelas políticas públicas de humanização da assistência e dos temas emergentes. **Resultados:** Para a revisão integrativa da literatura foram selecionados 28 artigos. Evidenciaram-se a necessidade de valorização da formação do enfermeiro para a humanização do parto e a limitação da atuação do enfermeiro decorrente das precárias condições de trabalho, do modelo biomédico presente nas instituições e dos fatores socioculturais. Participaram do estudo de campo 21 enfermeiros, destes seis trabalhavam no ambulatório de pré-natal de alto risco e 15 atuavam no centro obstétrico. As enfermeiras que trabalhavam no pré-natal consideraram que a humanização consiste no acolhimento da gestante, assistência individualizada e formação do vínculo. Nas duas maternidades referiram às visitas, grupos de gestantes, orientações sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e incentivo à presença do acompanhante. Os participantes do centro obstétrico consideraram que a humanização da assistência à parturiente consiste no atendimento holístico, escuta qualificada e nas orientações sobre a evolução do trabalho de parto. A prática do enfermeiro no parto foi distinta nas duas maternidades e no puerpério imediato favoreceram o contato pele-a-pele e o incentivo ao aleitamento materno. **Conclusão:** Os enfermeiros compreendem o conceito de humanização do pré-natal e do parto. Os enfermeiros do pré-natal

sugeriram a melhoria da comunicação da equipe, dos materiais educativos e da implantação de uma política interna das instituições para direcionar as ações de humanização; e do centro obstétrico relataram a necessidade de capacitação contínua e valorização do enfermeiro. As facilidades para as práticas de humanização do pré-natal e parto nas duas maternidades foram à estrutura física adequada, as visitas guiadas no centro obstétrico, o trabalho multidisciplinar e o acesso a informações. No centro obstétrico as dificuldades para a prática de humanização foram à insuficiência de enfermeiros, a pouca articulação das ações multidisciplinares e o uso inadequado das salas PPP.

Palavras-chave: educação; Hospitais de ensino; Pré-natal; Parto Humanizado; Enfermeiro obstetra.

ABSTRACT

Objective: To study the perspective and practice of nursing professionals towards the development of actions to humanize pregnancy and delivery. **Method:** A qualitative study and an integrative literature review were conducted. Participants were selected using purposive sampling and the number of participants was determined according to the theoretical saturation of the data. Data collection took place in the year 2015 at the high risk antenatal outpatient clinic and the obstetric center of two public tertiary-level maternity hospitals located in Southern (Hospital A) and Northeastern (Hospital B) Brazil. The sample consisted of two groups of participants. One group was composed of nurses who provided antenatal care and the other included nurses from the obstetric centers of both hospitals. Semi-structured interviews were carried out using a thematic guide. All interviews were recorded and transcribed verbatim. The data were submitted to content analysis. The analytical categories were organized according to the recommendations of the public policies for the humanization of care and the emerging themes. **Results:** The integrative review included 28 articles. The need to valorize nurses' training for the humanization of delivery and the limitation of nurses' performance due to precarious working conditions, the biomedical model present in the institutions and sociocultural factors were evident. The field study included 21 nurses. Of these, six worked at the high risk antenatal outpatient clinic and 15 worked at the obstetric center. The nurses who provided antenatal care reported that humanization consisted of: actions related to pregnant women's embracement, individualized care, and bonding between pregnant women and professionals. Professionals from both hospitals reported conducting guided visits to the maternity ward and orientation groups of pregnant women, provided guidelines on nonpharmacological methods for pain relief during labor and encouraged the presence of the companion. Participants working at the obstetric center considered that the humanization of the care provided to parturient women consists of holistic care, qualified listening and guidance on the evolution of labor. Nurses' practices during delivery were different in both hospitals and they favored skin-to-skin contact and encouraged breastfeeding in the immediate puerperium. **Conclusion:** The nurses understand the concept of humanized antenatal care and delivery. The practices for humanizing delivery care were different in both hospitals. The nurses providing antenatal care suggested the improvement of

team communication and educational materials, and the implementation of an internal policy to guide humanization actions. The nurses working at the obstetric center reported the need for continued training of pregnant women and valorization of nurses. Factors facilitating practices for the humanization of antenatal care and delivery in both hospitals were the adequate physical structure, the guided visits to the obstetric center, the multidisciplinary work, and the access to information. Difficulties for developing humanization practices at the obstetric center were related to the shortage of nurses, the little articulated multidisciplinary work, and the inadequate use of birthing rooms.

Keywords: education; Teaching hospitals; Antenatal care; Humanizing delivery; Nurse Midwives.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAISM	Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NESAR	Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3	SUJEITOS E MÉTODO	22
3.1	Tipo de estudo	22
3.2	Local do estudo	22
3.3	Tamanho da amostra.....	23
3.4	Crítérios de inclusão	24
3.5	Coleta de dados.....	24
3.6	Análise dos dados	25
3.7	Controle de qualidade.....	26
3.8	Aspectos éticos.....	26
4	PUBLICAÇÕES.....	28
4.1	ARTIGO 1	29
4.2	ARTIGO 2	49
4.3	ARTIGO 3.....	65
5	DISCUSSÃO GERAL.....	93
6	CONCLUSÕES	100
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
8	APÊNDICE.....	107
8.1	APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	107
8.2	APÊNDICE II - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	109
8.3	APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ENFERMEIROS QUE REALIZAM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	111
8.4	APÊNDICE IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS QUE REALIZAM ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA.....	113
9	ANEXOS	116
9.1	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO	116
9.2	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA	119

1 INTRODUÇÃO

A humanização da assistência à gestação e parto baseia-se em dois aspectos fundamentais. O primeiro relaciona-se à adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais e das instituições de saúde, estas que devem favorecer um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (1).

Segundo o Ministério da Saúde, para humanizar o parto, é necessário preparar a gestante desde o pré-natal para vivenciar o momento do nascimento. Essa preparação consiste na incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que favoreçam a realização de grupos de apoio multiprofissional que possam desenvolver trabalhos corporais, orientações sobre os exercícios de relaxamento e o uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, dentre outras práticas (2).

Estudos anteriores definiram a humanização da assistência ao parto como o nascimento sem qualquer intervenção médica desnecessária. Uma abordagem de cuidado centrado na mulher, no respeito às decisões em relação aos seus valores, crenças, autonomia e escolhas, que possa favorecer as mulheres no controle sobre o seu corpo (3;4).

O cuidado humanizado é um processo em constante mudança e desenvolvimento, que depende, sobretudo, do modelo de assistência adotado nos diversos cenários do nascimento e visa romper com o modelo de assistência tecnológico. Para Wagner (5), existem três modelos de atenção ao parto: 1) o modelo altamente medicalizado, com uso de tecnologia e pouca participação de obstetizes, encontrado nos Estados Unidos da América, na maioria dos países europeus e nas regiões urbanas do Brasil; 2) o modelo humanizado, com maior participação de obstetizes e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, na Nova Zelândia e em países escandinavos; e 3) os modelos mistos, encontrados na Grã-Bretanha, no Canadá, na Alemanha, no Japão e na Austrália.

O modelo de assistência medicalizado favorece a prática profissional intervencionista que reflete no aumento de partos por via de cesárea. As taxas de cesáreas no mundo são distintas e variaram de 1,4%, no Níger, para 17% na

Holanda, que apresenta menor taxa de cesárea da Europa; na França, as taxas variam em torno de 20%; na Islândia, na Finlândia, na Suécia e na Noruega, chegam de 15% a 17% de todos os nascidos vivos; no Reino Unido, atingiu 24,1%; no Canadá, alcançou 26,1%; e a Austrália ficou em 32,2% (6).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), nenhuma região deve apresentar taxas de cesárea superiores a 15% (4). Contudo, o Brasil é o País líder em taxas de cesáreas, com taxas em torno de 52% em 2012, seguido por México e Turquia (7). O modelo de parto é altamente medicalizado, com uso excessivo de intervenções médicas, monitoramento eletrônico fetal, analgesia epidural, amniotomia, parto induzido e episiotomia (8). Em 2014, 95% dos nascimentos ocorreram em instituição de saúde e destes, 52% foram por cesárea em hospitais públicos e 88% em instituições particulares (9).

O parto no ambiente hospitalar pode ser uma solução segura e humanizada para o nascimento desde que disponha de um ambiente agradável e do apoio dos profissionais. Favoreça a liberdade de movimentação e o contato com o acompanhante de escolha da mulher e que possam ser realizados em unidades de pré-parto, parto e puerpério (PPP) por permitir assistência integral à mulher desde a admissão, sem a necessidade de mudança de ambiente no momento do parto (1,10).

O ambiente hospitalar apresenta condições reais de prevenir morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco (11). Muitas vezes, as complicações do parto não diminuem e são causadas, por esse avanço, por meio da generalização da necessidade e do uso abusivo de técnicas e procedimentos, estes que por si só não garantem a qualidade da assistência (10,12).

Em contrapartida, é possível humanizar o parto no ambiente hospitalar. Evidências científicas internacionais apontam que o suporte contínuo do profissional enfermeiro promoveu o apoio emocional, apoio nas decisões, forneceu informações sobre o estado de saúde das parturientes e realizou medidas de conforto que reduziram significativamente a necessidade de intervenções obstétricas e contribuem para o nascimento fisiológico (13;14). Contribuiu para o uso das boas práticas utilizadas no parto de baixo risco e após o nascimento, promoveu o incentivo para manter o contato pele a pele da mãe com o bebê e a amamentação na primeira hora de vida (3).

A prática do enfermeiro em maternidades especializadas é fundamental, por considerar que essas instituições de saúde atendem gestantes de alto risco, com níveis de estresse elevado e que precisam de uma assistência diferenciada, e também recebem gestantes de risco habitual que buscam um local para o parto (3). No Canadá, enfermeiros configuram o maior grupo de prestadores de cuidados nas maternidades e estão presentes em quase todos os nascimentos (14).

Na Holanda, 16% dos nascimentos foram realizados por médicos e enfermeiros obstetras nos centros de parto normal e, quando necessário, as parturientes foram referenciadas para maternidades que atendem alto risco em caso de complicações (6). Na Austrália, enfermeiros realizaram a especialização em obstetrícia para aperfeiçoar o conhecimento, aumentar a tomada de decisão, investir na carreira profissional, melhorar o pensamento crítico e elevar a satisfação com o trabalho (15).

Estudos internacionais apontaram as facilidades e as barreiras dos enfermeiros para realização da assistência ao parto humanizado em hospitais especializados. As facilidades consistem no modelo de atendimento da instituição centrado na família e na presença de profissionais não médicos formados em obstetrícia que não se limitaram a práticas intervencionistas (14,16,17). No entanto, tais estudos relataram a escassez de profissionais, sobrecarga de trabalho, carência de recursos financeiros, a pouca privacidade da paciente decorrente da quantidade excessiva de profissionais na sala de parto e a falha na comunicação entre médicos e enfermeiros (16;17).

No Brasil, a atuação do enfermeiro obstetra é regulamentada pela Resolução 339-2008 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que recomenda a realização do parto vaginal sem complicações pelo enfermeiro (18). O profissional enfermeiro atua na atenção básica e realiza ações educativas, pré-natal de baixo risco, planejamento familiar e consulta ginecológica (19); pode compor a equipe multidisciplinar das instituições de saúde que atende gestantes de risco e realiza assistência à mulher em trabalho de parto e parto em maternidades, casas de parto, centro de parto normal, parto domiciliar e alojamento conjunto (20; 21).

Estudos realizados no Brasil mostraram que os enfermeiros realizam práticas de humanização desde a gestação ao parto. Realizam a preparação das mulheres para o trabalho de parto e parto, por meio do fornecimento de orientações sobre as alterações fisiológicas da gravidez, importância da dieta saudável, técnicas

de respiração durante o trabalho de parto e estímulo à liberdade de posição da mulher para promover o conforto para evolução do trabalho de parto (22;16). De acordo com as investigações, os profissionais favorecem o vínculo entre o profissional, a parturiente e os familiares, contribuem para presença do acompanhante de escolha da mulher e promovem o empoderamento da mulher desde o pré-natal ao momento do parto (23).

Apesar de tais práticas, ainda é realidade brasileira a falta de integração efetiva entre as ações do pré-natal com as do parto, pois os exames complementares do pré-natal são reduzidos e as consultas do puerpério são escassas (24). A atuação do trabalho em equipe no atendimento ao parto ainda encontra-se desassociada, a humanização continua sendo uma política governamental longe de se tornar eficaz, não apenas pelos déficits na infraestrutura ou escassez financeira, mas pela carência de conhecimento dos profissionais de saúde com a temática (25,26). As desigualdades de cobertura e acesso à atenção em saúde entre as regiões Norte e Nordeste e as áreas mais favorecidas do Sul e do Sudeste não estão coerentes com os princípios do SUS (8).

Estudos apontaram barreiras para a atuação do enfermeiro como a passividade da mulher no momento do parto, atuação médica de maneira autoritária e o medo de alguns profissionais para enfrentar um modelo institucional baseado em rotinas que convergem para o parto cada vez mais medicalizado (23;26). Contudo, é presente a luta pela conquista de espaço para desenvolver práticas de humanização e a participação efetiva do profissional com a parturiente (27).

Para o fortalecimento das ações de humanização do enfermeiro na assistência ao parto, é necessário o investimento na formação dos enfermeiros, capacitação dos profissionais para garantia da assistência humanizada durante a gestação, o trabalho de parto e parto e a garantia da cultura organizacional das instituições para dispor e incentivar as ações de humanização do parto.

A formação em enfermagem obstétrica possibilita a melhoria da assistência ao parto e pode contribuir indiretamente para construção de novas concepções que convergem para proposta do PHPN (28), capazes de desenvolver não apenas uma competência técnica, como também a ética-política (27). Para Glenton et al. (29), uma equipe capacitada favorece a confiança dos profissionais para identificação dos riscos em obstetrícia e contribui para tomada de decisões.

Para lidar com esses desafios, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) vem implementando ações por meio de políticas públicas, com o objetivo de melhorar a assistência à saúde materna infantil. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que priorizou, dentre outras ações, a assistência à mulher em ginecologia, assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Posteriormente, em 2004, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o objetivo de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (30).

Com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, no ano 2000, o governo federal implementou no País o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (31). Em 2001, publicou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que propôs um conjunto de ações integradas para mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, além de enfatizar que a humanização abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas que estão presentes no relacionamento humano (32).

Na busca pela “humanização do SUS”, surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH) que articulou dispositivos em que era problematizado o modo como o trabalho era efetuado no cotidiano, consolidando redes de atenção e troca entre os envolvidos nos processos de cuidado (33,34). A PNH surge, então, no contexto das demandas de reformulação dos discursos e das práticas em ação no SUS, visando, portanto, fortalecer os princípios do SUS (32).

Baseado nas recomendações do PHPN, em 2011, o MS lançou a portaria 1.459, que regulamenta a “Rede Cegonha”, estratégia que objetiva organizar uma rede de cuidados dentro do sistema de saúde para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Esse modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança objetivou a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade na busca pela redução da mortalidade materna e infantil (10;2).

A literatura aponta o interesse do profissional enfermeiro para a implementação das ações de humanização na gestação e parto, no entanto, existe lacuna do conhecimento sobre os fatores institucionais, incipiência de recursos

disponíveis, deficiências na formação do enfermeiro que podem estar afetando ou inviabilizando sua prática na assistência humanizada à gestação e ao parto. Diante deste contexto, a justificativa para realização deste estudo pauta-se na necessidade de dar voz aos enfermeiros que atuam na assistência ao pré-natal e ao parto sobre as questões intrínsecas à humanização da gestação, trabalho de parto e parto.

Para a realização deste estudo, elaboramos os seguintes pressupostos: i) a perspectiva e a prática dos enfermeiros durante o pré-natal e o parto não necessariamente coincidem com os conceitos de humanização ao atendimento das gestantes e parturientes; ii) as ações para a humanização são poucas e nem sempre estão articuladas com uma assistência sistemática; iii) os fatores externos e o modelo do serviço no qual desempenham suas atividades podem influenciar a atuação do enfermeiro para promover uma assistência humanizada; iv) os enfermeiros nem sempre conseguem incorporar as práticas de humanização durante a assistência ao trabalho de parto e parto; v) os enfermeiros que atuam na assistência ao pré-natal e ao parto muitas vezes não foram capacitados e preparados durante a graduação, ou antes, para assumir as funções para realizarem uma assistência humanizada; vi) o conhecimento adquirido pelos enfermeiros na graduação sobre o significado e as ações para a humanização do parto reflete na sua prática profissional.

Diante de tais pressupostos, elaborou-se a questão norteadora deste estudo: qual a percepção e a prática do enfermeiro que trabalha na assistência ao pré-natal e ao parto de maternidades terciárias?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar a percepção e a prática dos enfermeiros em relação à incorporação de ações de humanização na assistência à gestação e ao parto.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o que as pesquisas nacionais retratam sobre o ensino e a prática dos enfermeiros em relação à humanização da assistência às gestantes e parturientes do Brasil.

Conhecer a percepção e a prática dos profissionais de enfermagem em relação às ações de humanização na assistência ao pré-natal e no centro obstétrico.

Identificar as estratégias de gestão, fatores que facilitam e/ou dificultam as ações cotidianas dos profissionais de enfermagem na promoção da humanização da assistência às mulheres durante o pré-natal e o parto.

3 SUJEITOS E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo qualitativo objetivando aprofundar o conhecimento sobre a percepção e a prática de enfermeiros que realizam assistência à gestante em serviços de pré-natal e no centro obstétrico de maternidades de nível terciário.

A pesquisa qualitativa consiste em um campo de investigação interligada por termos, conceitos e suposições, que possibilita aprofundar os processos, os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência e foca a natureza socialmente construída da realidade estudada (35,36). Tal investigação possibilita a compreensão da perspectiva, das crenças, dos valores e dos comportamentos dos profissionais em relação às funções e questões de saúde que configuram seu âmbito de trabalho. Esta abordagem metodológica permite que os profissionais discorram sobre suas experiências, preocupações, dificuldades e facilidades para desenvolver determinadas ações de cuidado em relação à prática profissional (35).

Para aprofundar e organizar o conhecimento sobre o ensino e a prática dos enfermeiros no Brasil foi realizada uma revisão integrativa da literatura considerando as recomendações propostas por Mendes, Silveira e Galvão (37). Segundo as autoras, a revisão integrativa consiste na concretização das seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de artigos, definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos e interpretação dos resultados.

3.2 Local do estudo

Foram selecionados dois *settings* de estudo, Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), localizado na região Sudeste (maternidade A), e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac), na região Nordeste do Brasil (maternidade B). A escolha das instituições deveu-se por estas caracterizarem movimentos sociais e assistenciais relevantes no campo da humanização do atendimento à gestação e ao parto.

O Caism faz parte do complexo ligado à Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), considerado referência para partos de baixo risco para unidades de saúde do Distrito Norte de Campinas, além de ser a maternidade de referência secundária para uma microrregião da DRS-7, e a única maternidade terciária para todas as demais maternidades, oferecendo cobertura a uma população de 3 milhões de habitantes na macrorregião. A referida maternidade realizou em 2015, 10.491 consultas de pré-natal especializado, 19.954 atendimentos em ginecologia, 26.929 consultas médicas no pronto atendimento, 87.121 atendimentos e procedimentos ambulatoriais de enfermagem. Nos últimos cinco anos, realizou e 7.462 partos vaginais e 6.286 cesáreas 27.380 mil partos (vaginal e cesárea). Foi eleito o quarto hospital universitário no Estado de São Paulo a receber o título Hospital Amigo da Criança, que preconiza principalmente a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno, além de uma série de ações voltadas aos bebês desde o pré-natal, a assistência ao parto até o acompanhamento da criança em seu primeiro ano de vida (38).

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand é conveniada à Universidade Federal do Ceará e tem a missão de promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. Dispõe de 209 leitos, realizou, em 2015, 5.870 atendimentos obstétricos, consultas médicas por especialidades e ambulatórios de enfermagem, e 2.537 partos vaginais e 2.832. Foi cenário do movimento das parteiras tradicionais e da elaboração do documento que versa sobre as tecnologias apropriadas para o nascimento e o parto, entendida como um ponto-chave para humanização da assistência, além de ser reconhecida mundialmente pelo Prêmio Galba Araújo, concedido pelo Ministério da Saúde às melhores unidades de atendimento obstétrico e neonatal (39).

3.3 Tamanho da amostra

Os participantes deste estudo foram 21 enfermeiros. Destes, seis trabalhavam em ambulatório de pré-natal de alto risco (três da maternidade A e três da maternidade B) e 15 atuavam em centro obstétrico (seis da maternidade A e nove da maternidade B). A seleção dos participantes seguiu o critério de amostragem proposital, que se baseia na seleção de sujeitos para a pesquisa a partir de critérios

preestabelecidos que possam ter a informação necessária para fornecer resposta ou propiciar a discussão dos objetivos propostos (36,40).

O número de participantes foi definido por meio do critério de saturação teórica dos dados, que envolveu a percepção do pesquisador e consistiu no processo contínuo de análise dos dados. Neste tipo de amostra, o pesquisador define o grupo de participante, quando novas entrevistas passam a apresentar repetições e não acrescentam novas informações em seu conteúdo, após sucessivas análises paralelas à coleta de dados (40).

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa enfermeiros que trabalhavam na assistência ao pré-natal e ao parto nas duas instituições há mais de seis meses.

3.5 Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, realizou-se a fase de aculturação, que teve por finalidade promover a adaptação e a ambientação do pesquisador ao espaço, às rotinas, linguagens e aos problemas do serviço de saúde onde foi desenvolvida a pesquisa e, a partir disso, construir um *setting*, ambiente delimitado para realização das entrevistas. A necessidade desse momento de ambientação surge com a finalidade de transpor barreiras que afastem o pesquisador e o pesquisado, conhecer a rotina de trabalho dos entrevistados, a linguagem utilizada, a problemática ali exposta, para que se possa realizar pesquisa qualitativa de forma mais apurada e com menos vieses (41).

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora em uma sala reservada e adequada no ambulatório de pré-natal de alto risco e centro obstétrico das duas instituições para respeitar a privacidade dos participantes. Posteriormente, foi realizado o contato com cada participante, explicado os objetivos da pesquisa, bem como o caráter voluntário de participação e, em seguida, após a autorização prévia para participar do estudo, foi solicitada ao entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta dos dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, seguindo as recomendações de Kvale (42), a qual consiste em uma conversação cujo entrevistador conduz a conversação buscando elementos para entender ou esclarecer os objetivos propostos, esta foi norteada por um guia contendo tópicos a serem abordados para produção de informação e promoção da interação entre o

entrevistado e o entrevistador, bem como manutenção do fluxo da conversa e motivação dos sujeitos a falar sobre experiências e sentimentos próprios.

As entrevistas foram gravadas, realizadas em ambiente privado, conduzidas, quando possível, durante o horário de trabalho dos participantes, agendado individualmente. Antes do início da entrevista, foi preenchida a ficha de coleta de dados sociodemográficos (Apêndice II). Em seguida, para introduzir os entrevistados ao tema central da pesquisa, realizou-se entrevista semiestruturada, utilizando roteiro temático que iniciava com uma questão ampla da pesquisa: em sua opinião, em que consistem as ações de humanização na assistência à gestação e ao parto?.

A continuação do roteiro apresentava questões específicas direcionadas aos enfermeiros que atuavam na assistência ao pré-natal (Apêndice III) e ao trabalho de parto e parto (Apêndice IV), elaboradas de acordo com as principais recomendações sobre a humanização do pré-natal e do parto vigentes no País. Os temas centrais do roteiro de entrevista foram: conceito de humanização do pré-natal e do parto; motivação para trabalhar na área obstétrica; ações de humanização no atendimento à gestante e à parturiente; capacitação dos profissionais para realização de práticas de humanização na assistência ao pré-natal, ao trabalho de parto, ao parto e ao puerpério; dificuldades, facilidades e sugestões dos enfermeiros para realização de práticas de humanização; recomendação e uso de métodos não farmacológicos por enfermeiros na gestação e no parto; apoio institucional, estrutura física e articulação entre os profissionais e serviços para favorecer a realização das práticas de humanização por enfermeiros.

3.6 Análise dos dados

As entrevistas transcritas na íntegra foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, conforme orientações de Bardin (43), que consiste no conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

A organização dos dados foi dividida nas etapas da pré-análise, que possibilitou a realização da leitura flutuante para identificação e organização dos grandes temas, com intuito de captar os significados atribuídos pelos participantes;

da exploração do material, que permitiu a leitura exaustiva das entrevistas e o agrupamento das ideias semelhantes para identificação dos núcleos de sentido; e do tratamento dos resultados e da exploração, que consistiu na compreensão do significado contido em cada unidade para formulação das categorias que emergiram dos discursos com base em temas preestabelecidos.

3.7 Controle de qualidade

As transcrições foram revisadas em uma segunda escuta das entrevistas gravadas para corrigir eventuais erros e garantir a fidedignidade dos textos.

A discussão das categorias de análise foi realizada por pares acadêmicos (40). Inicialmente, o material foi analisado pela pesquisadora (HMF), enfermeira obstetra com experiência na assistência à mulher em trabalho de parto e parto, e pela orientadora (MYM), psicóloga com experiência em parto humanizado. A análise contou, ainda, com a colaboração de uma enfermeira (RMS), com experiência em parto humanizado.

3.8 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidos os princípios éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, referenciais da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, aprovado no dia 14/12/2014, com nº do CAAE: 238100614.0.0000.5404. Após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva (Nesar), responsável pela organização dos setores de Ensino, Pesquisa e Extensão da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Os participantes foram informados sobre o direito a se retirar da pesquisa no momento em que desejassem; foi garantido o sigilo das informações e não foi disponibilizado nenhum benefício aos participantes, além da contribuição para ampliação do conhecimento sobre o tema. Como parte do processo de obtenção do consentimento, cada participante leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo (Apêndice I) e após o aceite em participar do estudo, assinaram o termo e receberam uma cópia do mesmo, assinada pela pesquisadora

responsável. As informações colhidas nesta pesquisa foram identificáveis por um código numerado e pela sigla que caracteriza o estado em que os dados foram coletados.

4 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 - Nursing training and practice on humanization actions in monitoring the delivery in Brazil

Artigo 2 - Nurse's practice towards humanization of high-risk antenatal care in Brazil

Artigo 3 - What do nurses providing care in delivery wards understand and do about humanizing assistance in Brazil

4.1 ARTIGO 1

Nursing training and practice on humanization actions in monitoring the delivery in Brazil

Herla Maria Furtado Jorge¹, Maria Yolanda Makuch²

1. PhD student of the Postgraduate Program in Obstetrics and Gynecology, State University of Campinas. Professor of the Undergraduate Nursing Course, University of Fortaleza, Fortaleza.
2. Psychologist. PhD in Mental Health - UNICAMP. Professor of the Postgraduate Program in Obstetrics and researcher at the Maternal and Child Research Center - UNICAMP.

Autor para correspondência:
Maria Y. Makuch
Caixa Postal 6181
13084-971 Campinas, SP, Brazil
Telefone: 19-3289-2856
Fax: 19-3289-2440
E-mail: mmakuch@cemicamp.org.br

Nursing Training and Practice on Humanization Actions in Monitoring the Delivery in Brazil

REVIEW

Heria Maria Furtado Jorge¹,
Maria Yolanda Makuch²

1 PhD student of the Postgraduate Program in Obstetrics and Gynecology, State University of Campinas. Professor of the Undergraduate Nursing Course, University of Fortaleza, Fortaleza.

2 Psychologist, PhD in Mental Health - UNICAMP. Professor of the Postgraduate Program in Obstetrics and Gynecology, State University of Campinas, UNICAMP.

Contact information:

Heria Maria Furtado Jorge.

 heriafurtado@gmail.com

Abstract

Objective: conduct a review in the scientific literature to identify what studies portray on nursing training and practice for humanizing actions in care for pregnant women and mothers in Brazil.

Method: this is a integrative review of the literature, conducted from October to November 2014 from crossing the descriptors "Humanizing Delivery" "Obstetric Nursing", "Prenatal care" and "Training" in databases SciELO, Lilacs and BDEF, published between the years 2004 and 2014, in Portuguese language, which identified 75 articles, and after reviewing them, based on the established criteria, 28 were selected for analysis.

Results: nursing training was permeated by movements and attempts to improve education and actions to promote humanized birth.

Conclusion: there is the need for enhancing the training of professionals, broadening the debate on the humanization of delivery care and, above all, an urgent change of knowledge and practices to promote the humanization of pregnancy, labor and birth.

Introduction

Nursing training in Brazil began in 1890 with the creation of the *Escola Profissional de Enfermeiras* (Professional School of Nurses), inside the *Hospício Nacional dos Alienados*, in Rio de Janeiro. Later, other private and public schools were created in several Brazilian states. Since that time, several modifications have been incorporated in obstetric care, shaping nurses' actions in this area and then, specialist nurses, trained by specific courses for nurses in maternity hospitals attached to medical schools, started replacing midwives [1].

Keywords

Humanized Childbirth;
Obstetric Nursing; Prenatal care; Education

Abstract

Objective: conduct a review in the scientific literature to identify what studies portray on nursing training and practice for humanizing actions in care for pregnant women and mothers in Brazil. **Method:** this is a integrative systematic review of the literature, conducted from October to November 2014 from crossing the descriptors "Humanized Childbirth", "Obstetric Nursing", "Prenatal care" and "Training" in databases SciELO, Lilacs and BDEF, published between the years 2004 and 2014, in Portuguese language, which identified 75 articles, and after reviewing them, based on the established criteria, 28 were selected for analysis. **Results:** nursing training was permeated by movements and attempts to improve education and actions to promote humanized birth. **Conclusion:** there is the need for enhancing the training of professionals, broadening the debate on the humanization of delivery care and, above all, an urgent change of knowledge and practices to promote the humanization of pregnancy, labor and birth.

KEYWORDS: Humanized Childbirth; Obstetric Nursing; Prenatal care; Education.

INTRODUCTION

Nursing training in Brazil began in 1890 with the creation of the *Escola Profissional de Enfermeiras* (Professional School of Nurses), inside the *Hospício Nacional dos Alienados*, in Rio de Janeiro. Later, other private and public schools were created in several Brazilian states. Since that time, several modifications have been incorporated in obstetric care, shaping nurses' actions in this area and then, specialist nurses, trained by specific courses for nurses in maternity hospitals attached to medical schools, started replacing midwives ^[1].

These modifications, which are related to care during pregnancy and delivery, are set in the historical context, professionals' behavior, people's culture, training of professionals serving women during pregnancy and childbirth and, above all, the leading role of women ^[2].

In recent decades there has been, in Brazil, an increase in the number of cesarean deliveries that reached, in 2011, a ratio of 52% in the SUS and 88% in private service ^[3]. These percentages exceed the ceiling of 15% of cesareans recommended by the World Health Organization ^[4]. Percentages of cesarean births above the recommended by WHO were also observed in Europe (19%), Latin America and the Caribbean (29.2%), North America (24.3%) and Asia (15.9%) ^[5]. Only Oceania (14.9%) and Africa (3.5%) had rates below those recommended by the WHO, but one of the factors that justify these percentages is the access barriers to care for the population and the lack of availability of medical care ^[6].

Over a decade ago, the Ministry of Health (MOH) estimated that over 90% of cases of maternal deaths could be prevented with adequate care during prenatal and childbirth care ^[7] and over 20 years ago, the higher incidence of caesarean sections was related to more economically advantaged regions, to the organization of obstetric care, and to socio-cultural, legal and institutional factors ^[8]. Another recent survey showed insufficient medicines and equipment to meet emergency situations, inconsistencies in the information collected in medical records regarding the use of inappropriate practices, not being prioritized the use of best care practices at delivery and birth, and showed that only 16% of births are performed by nurses ^[3].

Beneficial actions recommended during the prenatal care are very important, since they favor the reduction of maternal mortality and encompass the promotion of maternal health, risk prevention, nutritional support assurance, criteria for investigation of pregnancy risk and inclusion of pregnant women in the basic component of prenatal care model ^[9]. Regarding actions during childbirth, these are based in institutional care, skilled professional care, restricted use of oxytocics in the active phase of labor and episiotomy, performance of traditional midwives in certain contexts, use of appropriate technologies, including the partogram, upright positions during labor, management of placental stage and prophylaxis of postpartum hemorrhage ^[10].

In 2009, the National Policy for Comprehensive Care to Women's Health (PNAISM) sought to consolidate the advances in the field of sexual and reproductive rights, and one of its goals was the improvement of obstetric care ^[11]. As part of the concept of comprehensive care, and in order to humanize care, the MOH launched the National Program for Humanization of Birth Care (PHPN) ^[12], complemented by the Humane Care Standards for Low Birth Weight Infants; operationalized by the Program for Humanization of Labor and Delivery ^[13] and the National Policy for Humanization - Humaniza SUS ^[14].

In 2011, based on the PHPN recommendations, the MOH enacted Ordinance No. 1459, which regulates the "Stork Network," a strategy for organizing a network of care in health care level to ensure women the right to reproductive planning ^[15]. According to the MOH, humanizing the care of pregnant women presupposes a relationship of respect during pregnancy, childbirth and postpartum process established between health professionals, mothers and caregivers, and provides access, information and preparation for childbirth ^[12].

In care practice, the obstetrician nurse facilitates the guidelines for proper breathing in each step of labor, encourages freedom of movement, the establishment of the bond between professional and laboring women, stimulates the presence of a partner and the use of physical touch ^[16,17]. Their performance in teaching is guided in the conduct of courses in the area of women's health, in general, and also in assisting the prenatal care, delivery and postpartum care, gynecological care and newborn health ^[18].

On the beneficial aspects arising from the performance of the obstetric nurse in the care of pregnancy and childbirth, there is still little information on the training of nursing professionals in the perspective of humanized delivery as well as of the care practice of these professionals. To elucidate reflections on this theme, authors chose the theme concerning the training and practice of obstetric nurses to boost this study in order to conduct a review of the scientific literature to identify what studies portray on the training and practice of nursing professionals regarding humanization of care for pregnant women and mothers in Brazil.

METHODOLOGY

Researchers conducted an integrative and systematic review of the literature, taking the recommendations proposed by Mendes, Silveira and Galvão ^[19] as theoretical framework. As these authors recommend, the following steps were followed: formulation of the research question, establishing criteria for inclusion and exclusion of articles, definition of information to be extracted and categorization of studies, evaluation of the included studies and interpretation of results.

The first step followed for the preparation of the study was the definition of the following research question: *what do studies show and discuss on humanization actions in the training and practice of nurses regarding care for pregnant women and mothers in Brazil?*

The inclusion of articles corresponds to the second step, and was directed by the following criteria: bibliographical survey conducted from October to November 2014, by crossing the descriptors "Humanized Childbirth", "Obstetric Nursing", "Prenatal Care" and "Training", in the databases SciELO, Lilacs and BDEF. The choice of such databases occurred because: they are large sources of research data that bring together studies held in Latin America and specifically in Brazil. To be included, articles should have abstracts and texts available online, in full, in Portuguese language, which had as object of study the training or practice of nurses for the humanization of actions in delivery care in Brazil, published from 2004 to 2014. This period was chosen because it comprised studies published over the past decade, thus portraying the broad and current context of publications.

The search identified 85 articles, of which 20 were located by the intersection of the descriptors "Humanized Childbirth", "Nursing" and "Training", 25 by "Obstetric Nursing" "Prenatal Care" and "Training", and 40 by "Training" and "Humanized Childbirth". The third step of the review corresponds to the definition of the information to be extracted from selected articles based on convergences and divergences. Before seeking relevant information by reading the articles, authors have chosen as a central theme the training and practice of obstetric nurses for the humanized delivery. So, after reading the abstracts of all articles, those whose main object of study was not nursing training or practice for humanizing actions in care delivery, those that were not carried out in Brazil, and those that were repeated in more than one database were excluded. After identifying the articles in the databases, they were separated according to the base and selected for full reading as shown in the flowchart I. The final sample consisted of 28 articles that were organized in table (Table I), including the title, year of publication, objectives and study design.

Of the selected articles, only one portrayed the training and practice in its title, not specifically mentioning the nurse's performance. There were studies with qualitative and quantitative methodological approach, and review studies. Review studies were used to support the search for original studies and were not included in the final sample.

The analysis of the selected articles took place according to the criteria of content analysis proposed by Bardin ^[20]. This step was the fourth step of the review, in which authors performed the floating reading of the material to choose, organize and systematize the studies, which originated the units of meaning according to the emerging, convergent and divergent ideas. The analysis was conducted by the first author (HF) and confronted by the second author (MYM).

Subsequently, the fifth step was carried out, which consists in the interpretation of results to enable critical evaluation of the included studies, comparison with the theoretical knowledge, identification of conclusions and implications resulting from the integrative review which will be presented and discussed in the following themes that emerged from the analysis articles: *nursing training for the humanization of care actions in pregnancy, labor and birth*; and *nurses' practice in humanized obstetric care in Brazil*.

RESULTS

The articles selected were based on empirical research published in Nursing and Public Health journals. The studies that supported the publications were held in the Northeast, Southeast and South regions of the country, especially in the states of São Paulo, Rio de Janeiro and Ceara. Among the original articles, 16 used qualitative approach, 11, quantitative approach and one, quantitative and qualitative approach; 25 were carried out in health institutions and three were conducted institutional and teaching environments, respectively.

Flowchart I - Search description of articles in databases.

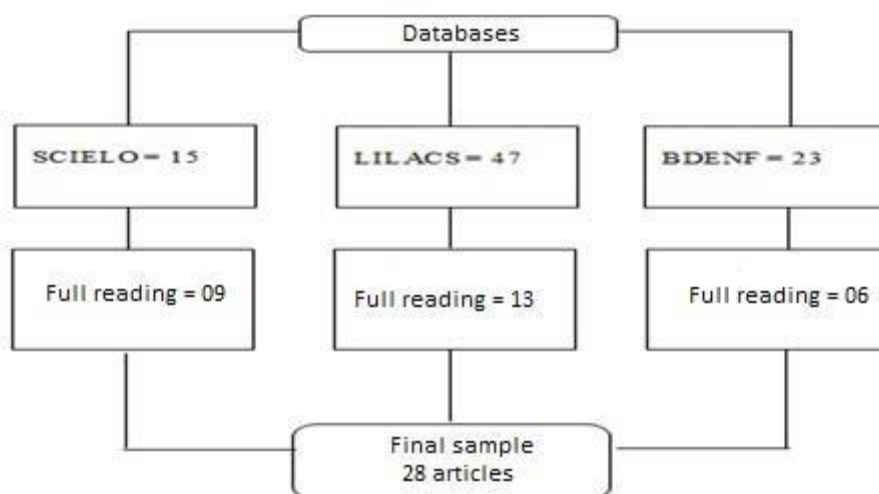


Table I - Description of the selected articles according to title, year, journal, objectives and study design - Campinas, SP (2015).

Title	Year/journal	Objectives	Study design
Nursing training for humanized delivery			
The performance of graduates nurses in Obstetrics Specialization Course in the Northeast of Brazil: from proposal to implementation ^[18]	2012 - Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem	Detailing the performance of nurses after doing specialization in obstetrics in Northeastern Brazil and the benefits of this performance embodied in awards for the institution in which they worked.	Quantitative
Humanization and non-medicalization of care to women: from teaching to practice ^[21]	2009 - Rev. enfermagem UERJ	Discussing the inclusion of the Nursing Faculty of the State University of Rio de Janeiro (FENF / UERJ) in humanization	Historical and social study

Title	Year/journal	Objectives	Study design
		and non-medicalization of care to women in the city of Rio de Janeiro.	
Raising students' awareness for the humanized care: teaching-learning experiences ^[22]	2004 - Rev. RENE	Raising students' awareness for the humanized care.	Descriptive qualitative study
Ethics in the teaching-learning process in obstetrics nursing ^[23]	2004 - Rev Escola de Enfermagem USP	Emphasizing ethics and solidarity in the teaching-care process of women during prenatal care and childbirth.	Case study
Training of nurses for childbirth: implantation of a university hospital in the 80s ^[24]	2008 - Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem	Knowing the political background and education that guided the training of nurses in obstetric area in Rio Grande do Sul state.	Oral history
Meaning of labor: the perspective of nursing students ^[25]	2009 - Acta paul. enfermagem	Understanding the meaning of labor for nursing students who attended the discipline Nursing in the Care Process III - Women's Health.	Qualitative
Obstetric nursing training in Brazil: successes and failures 1972-1996 ^[26]	2005 - Rev Brasileira de Enfermagem	Characterizing the Obstetric Nursing training programs, according to the geographical regions, in the light of legal and social-political provisions from 1972 to 1996.	Qualitative
Teaching on prevention and repair of perineal trauma in specialized obstetric nursing courses ^[27]	2008 - Rev. enfermagem UERJ	Describing the elements that underlie the teaching of normal delivery care in the prevention and repair of perineal trauma in	Qualitative

Title	Year/journal	Objectives	Study design
		specialized obstetric nursing courses.	
Experiences of nurses in specialized obstetric nursing courses ^[28]	2006 – Rev. Enfermagem UERJ	Describing the curriculum proposals of these courses and analyzing the reports of these experiences.	Qualitative
Humanization in the context of obstetrics training ^[29]	2005 – Rev. Ciênc. Saúde Coletiva	Reflecting on the humanization of childbirth in the context of obstetrics training.	Qualitative
Training nurses in Japan: contributed to the implementation of birth center in Rio de Janeiro ^[30]	2013 – Rev. Texto e Contexto Enfermagem	Discussing the contributions of training of Brazilian obstetric nurses in Japanese normal delivery centers for the implementation of the birth center in Rio de Janeiro.	Qualitative
The obstetric nurse: strategic agent in the implementation of humanized practices in maternity hospitals ^[31]	2009 - Rev. Enfermagem UERJ.	Analyzing the strategies used to implement the humanized model in the Leila Diniz Municipal Maternity Hospital, located in Rio de Janeiro.	Qualitative
Training and professional integration of graduates from the obstetric nursing residency program ^[32]	2014 –Rev. Enfermagem UERJ	Describing the evaluation of training and professional integration of graduates from the Obstetric Nursing Residency Program at the University of Rio de Janeiro State.	Quantitative
Nursing practice for humanized delivery			
The meaning of non-medicalization of childbirth care in hospitals: analysis of	2008 – Rev.Esc Enferm USP	The construction of the meaning of "non-medicalization" for	Qualitative

Title	Year/journal	Objectives	Study design
obstetric nurses' perception ^[33]		obstetric nurses.	
Access to delivery care for pregnant adolescents in SUS maternity hospitals ^[34]	2010 – Rev. Gaucha Enfermagem	Identifying the factors that interfere with the pregnant woman's accessibility to monitoring the delivery in the Unified Health System network (SUS) in the city of Rio de Janeiro (RJ).	Quantitative
Care indicators for the body that procreates: nursing actions before, during and after delivery - a contribution for the obstetric nursing practice ^[35]	2004 – Rev. Latino Americana Enfermagem	Identifying and discussing the actions in these times when the woman's body gives rise to another life.	Qualitative
Effectiveness of non-pharmacological strategies in relieving the pain of mothers in labor ^[36]	2009 – Rev Escola de Enfermagem USP	Evaluating the effectiveness of non-pharmacological strategies to relieve the pain of mothers in labor.	Quantitative
Obstetric nursing: discovering the advantages and difficulties of the expert in this area ^[37]	2006 - Rev. enfermagem UERJ	Identifying and analyzing the strengths and difficulties of the obstetric nurse working in different areas of obstetric nursing.	Quantitative
Health professionals' perception about the care philosophy of a public maternity hospital in Southern Brazil ^[38]	2011 – Rev. Brasileira de Enfermagem	Evaluating the implementation of a care philosophy of a teaching maternity hospital under professionals' perspective.	Quantitative
The discourse and practice of teenagers' humanized delivery ^[39]	2013 - Rev. Texto & Contexto Enfermagem	Knowing the childbirth care practices developed by health professionals in the care of teenagers in labor.	Descriptive

Title	Year/journal	Objectives	Study design
Care in labor and birth: a quantitative study ^[40]	2007 - Rev. Online braz. j. nurs	Characterizing care provided to mother and child during labor and birth and discussing whether such care minimizes the risks to maternal and newborn health.	Quantitative
Humanization and equity of labor care in a city in Southern Brazil ^[41]	2008 - Rev. Acta paul. enfermagem	Identifying factors associated with quality of care and possible predispositions to inequities in labor care.	Quantitative
Evaluation of non-pharmacological strategies in relieving the pain of women in labor ^[42]	2008 - Rev. RENE	Evaluating the effectiveness of non-pharmacological strategies to relieve pain of mothers in labor.	Clinical quantitative trial
Delivery care practices and challenges for humanization of care in two hospitals affiliated with the Unified Health System in a city of Southern Brazil ^[43]	2008 - Rev. Cad. Saúde Pública	Characterizing hospital delivery care and identifying obstacles and facilitating factors for the implementation of humanized care based on women's perception on the received care.	Quantitative
Humanized childbirth under the perceptions of obstetric nurses involved in the delivery care ^[44]	2005 - Rev Latino-americana Enfermagem	Identifying the perception of obstetric nurses on humanization of childbirth care and evidencing, through speeches, the actions developed in the birth process and the factors that complicate the implementation of such care.	Qualitative
Obstetric nurses' performance in the health care system (SUS-BA): study of the	2009 - Rev. Baiana de Enfermagem	Analyze the inclusion in SUS of the graduate nurses from Obstetric Nursing specialization	Quantitative and qualitative

Title	Year/journal	Objectives	Study design
graduates of Obstetric Nursing specialization courses of EEUFBA ^[45]		courses of EEUFBA from 1998 to 2004, describing the sociodemographic and functional characteristics of these nurses and identifying the facilities and difficulties for their performance.	
Humanized practices developed by obstetric nurses in assisting hospital delivery ^[16]	2010 - Rev. Eletr. Enfermagem	Discussing practices adopted and developed by nurses since the implementation of humanized model of childbirth care.	Qualitative
Humanized birth: experience in the Unified Health System ^[46]	2014 – Rev. Mineira de Enfermagem	Reporting the experience of creation, production and dissemination of a popular documentary about humanized birth in SUS in order to inform the public.	Experience report

Nursing training for humanization of care during pregnancy, labor and birth

Health professionals' humanistic training emerges from the understanding of teaching and learning as permanent actions in order to learn to be, reflecting the formation of a professional with the capacity to offer humanized care ^[47].

Academic nursing education is still incipient for the promotion of humanized birth ^[44]. Teaching in nursing, however, has been undergoing transformations with advances in the social, political and ethical context, as new learning strategies that focus on the intention to broaden dialogue, students' participation and understanding of the various aspects involving a more liberating, creative, reflective, constructive and questioning approach, so that there is support to the actions taken by nurses ^[23].

Based on the selected articles was identified studies that portray the issues of nursing education to promote humanized birth since graduation, specialization and obstetrical residency, as well as the discussion of the intrinsic ethical issues in education and the impact of training actions proposed by nurses.

The training of nurses during graduation in the South of Brazil, directed to obstetric care, was completed in the 50's and only from 1972 the nursing course started to carry out practical activities linked to the University. In this period, there were obstacles in the field of practice that limited the work of nurses trained to meet

the second stage of labor, which was greatly reduced compared to the amount of medical students ^[24].

In addition to the difficulties found in the practical performance of nurses, it is noteworthy the training policy of five higher education institutions, one of each geographic region of Brazil, which showed the presence of disciplines in the area that only met the government proposals centered in pregnancy and childbirth, although there was some influence of social political movements, underpinning the PAISM. There were also knowledge gaps regarding the emerging content in family health, subjectivity, violence and gender issues, among others ^[26].

Aspects of obstetric training were mentioned in the teaching and learning process of medical school obstetrics area, and these corroborate the findings already listed on the conflicts on the notion of humanization that counteract the care models presented in reality, if compared with the ideal models proposed by professors, putting on the agenda the discussion of the profession ideal itself and of its field of competence ^[29].

In 2004, there was discussion on the need to modify the usual model of teaching how to care with emphasis on humanization with students of an undergraduate Nursing course, by mentioning that humanization aims to favor a welfare state; that, with awareness, care can have a humanistic character; and that professors can make the human care a life practice ^[22].

In Northeast Brazil the appreciation of education during specialization aimed at proposing improvements in the performance of nurses who worked in social assistance, reflecting positive results in administration and teaching areas. These results enabled awards for the implementation of care models proposed by the Ministry of Health, such as the initiative of the Baby Friendly Hospital, Galba de Araujo Award, Kangaroo Mother Care, Sunrise Project and Human Milk Bank, encouraged mostly by nurses who were sensitized during training in the obstetric nursing specialization course ^[18].

Obstetric nurse specialization is encouraged by the Ministry of Health when it proposes to finance specialization courses for professionals working in the health system, which confirms the study conducted in Rio de Janeiro that points out that the State has been financing the qualification of nurses. However, some difficulties were highlighted, such as the lack of leave of absence from full-time jobs to complete the course and the non-participation in delivery care after the end of the course, indicating the need for curriculum reform with emphasis on the humanization care model and the creation of Normal Birth centers ^[28].

Another factor that hindered the success in training nurses to perform humanizing actions in care delivery by graduate nurses from obstetric residency at the State University of Rio de Janeiro was the need to improve the theoretical content and the direct supervision of preceptor ship, in addition to the great demand of activities, requirements and tasks to be accomplished and poor working conditions even after graduated in the course ^[32].

It is worth mentioning the importance of valuing education for the humanization of delivery care, by considering the obstetrician nurse as a strategic agent for the implementation of humanization practices ^[48]. Such practices were discussed during the training of nurses and physicians, through awareness-raising workshops, using educational activities with use of body language, body dynamics and relaxation for the development of behavioral manifestations not expressed in words.

These activities, however, were not enough for physicians to incorporate the humanized care model, and the participation of obstetric nurses contributed to the incorporation of practices, enabling the dissemination and support of professionals' actions in the humanized model ^[48].

Despite the positive results arising from professionals' training, several factors have interfered negatively to the achievement of such training in various regions of the country, as in Santa Catarina and Rio de Janeiro, that portrayed difficulties even in 1960 for the implementation of nurses' practice ^[31].

With an emphasis on nurses' training process to foster humanized childbirth care, it is worth mentioning the initiative of the Brazilian Government, taken in 2002, so that obstetric nurses, indicated by health departments, attended a training course on humanized birth care in Japan. This training aimed to reduce infant and maternal mortality, with the implementation of appropriate practices to support the principles of humanization of care during labor and birth in the SUS ^[30]. This training reflected positively on institutional data, contributing to the expansion of the competence of the nurses involved. Those who participated in the group developed the care protocol for the childbirth center and contributed to the development of creative, less interventionist obstetrical practices, centered on the role of women and in sensitive care ^[30].

Nurses' professional practice is rooted in the "fragmentation of knowledge in health and nursing areas" as a "dehumanizing factor of care" and can be seen from the need of change in the relations between agents in order to enable the implementation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth ^[49].

In Santa Catarina, a study evidenced lack of awareness of nursing assistants, obstetric nurses and obstetric physicians for the importance of humanized care; the authority of the team members who overrode any attitude of women and their companions, enhancing the moment of fragility and uncertainty and the lack of recognition by the team on humanized birth as a professional duty and a women's right ^[49]. In this sense, it is noteworthy the shortcomings found in the professionals' training also derived from the team's ignorance about PHPN guidelines.

Nurses' performance in humanized obstetric care in Brazil

According to the studies analyzed, nurses' performance in obstetric care in Brazil has been linked to the actions directed from the family health strategy ^[50] to hospital care ^[33].

One of the actions carried out in the Family Health Strategy consists of educational practices at community level, carried out by undergraduate nursing students during the weekly group meetings conducted in the community, where they discussed issues on preparation for childbirth, breastfeeding, self-care, postpartum depression and baby care ^[51].

In hospital care, the practice of invasive or non-invasive procedures without well-defined criteria raised nurses' reflection and the recognition that this fact is associated with the knowledge gained during academic training directed by the "medicalized" model of childbirth care. In the professionals' perception, this model can be rebuilt as they perceive themselves as agents with potential for change, able to carry out changes in the environment in which they work, influencing even other professionals to find in their care the basis on which they constituted their practice with an emphasis in the physiology of labor, in non-intervention and in the women's role ^[33].

Still on the work of nurses in hospital care, some difficulties were expressed by nurses in post-partum care, such as obstetric violence, characterized by the abandonment of women in that period, by the veiled violence in the name of a technique, on behalf of a treatment, as if the woman was ill, in addition to hierarchical gaps that are sharpened, as health professionals, in the particular case of nursing, have power over the body of woman in labor, indicating what to do or even invading it without her permission. This fact indicates a great challenge for professionals, which is the development of the indicators for organization, disorganization and reorganization in search of improving nursing care ^[35].

In this sense, it is worth mentioning the importance of obstetric nurses, expressed by women in a public maternity hospital in the city of Curitiba / PR, by mentioning that the obstetric nurse is fundamental in changing the care model in the delivery process and the valorization of this professional in institution, as they can significantly contribute to the humanization and the promotion of women and newborn's safety ^[46].

One of the nursing staff functions in the delivery room is to provide guidance to the mother's companion, but often these guidelines are not held by fear of the unknown, especially the lack of ability to deal with an affective interaction towards the woman and her companion ^[52].

The presence of the companion in childbirth scene has enabled changes in the attitude of professionals, who have developed a more humane and less routine practice. It has encouraged health professionals to rethink the meaning of birth, and has also enabled a more comprehensive care by allowing the expansion of observing the mother and the communication of their needs ^[52].

In addition to the fragmentation in the training of obstetric nurses, other factors - such as lack of remuneration for performed deliveries, difficulties of nurses in carrying out deliveries in the first years of service, lack of motivation, few qualified professionals in the area, dispute for space, acting just as an observer during delivery, practice restricted to the antepartum and postpartum periods, nurse's role restricted to the second stage of labor and, above all, the strategies of nurses to perform deliveries in the event of strikes by physicians – have not positively reflected for preserve the practice of obstetric nurse in this reality ^[31].

Obstetric nursing practice has been permeated by conflicts among the category itself, such as relationship conflicts generated by different values in the remuneration of general nurses compared to obstetric nurses and other professional groups; ignorance of laws and the possible deficient of training of obstetric nurses.

On the other hand, there are also conflicts in relation to professional practice at the institutional level. In primary care, for example, physicians claim to be against the practice of nurses performing prenatal consultations without being specialists in Obstetrics ^[53]. In the hospital environment, limitations for professional practice are related to the institutional barriers, tight labor market, opposition by physicians, lack of professional recognition and poor working conditions that justify the difficulties of these professionals to stay in this area of expertise ^[32].

However, these difficulties stem from a hybrid professional identity, which favors accumulation or deviance of functions in professional practice, with the displacement of the obstetric nurse from prenatal and delivery care to other areas of nursing, generating work overload, frustration, demotivation, conformism and submission ^[1].

It is worth mentioning the fact that the medical model training differs from the standard training of the obstetric nurse, for nursing education is directed to provide

care and focused on the physiological, emotional and sociocultural aspects of the reproductive process. In this perspective, the authors propose that physicians and obstetric nurses work in partnership since pre-birth to allow a less interventionist care performed by nurses and a more targeted care of physicians to high-risk cases. Thus, physicians have not strived to incorporate elements of the proposed humanization to their routine and have devalued the use of alternative methods^[54].

This fact led to a competition in labor market and favored a valuable discussion so that work is truly performed by the team, involving the simultaneous participation of physicians and obstetric nurses in the process and that childbirth care institutions have widely publicized protocols, conduct periodic discussions on maternal and perinatal outcomes through indicators, and describe the limits and responsibilities of the professional performance^[53].

DISCUSSION

The studies in question refer to a reflection on the training and practice of nursing professionals for the humanization of actions in the care of pregnancy, labor and birth in Brazil.

The articles that portrayed the training of professionals showed a gap of knowledge in undergraduate courses, for teaching is still ruled by interventionist practices, so that not all professionals are sensitized to act in a humane way in childbirth care in health services. Although there have been improvements that aimed to improve the humanized care, nursing practice is still supported by the biomedical model^[29,55].

For WHO, qualified professionals are those who have skills necessary to provide care during pregnancy, childbirth and the postpartum period, and these may be obstetricians, obstetric nurses, professional midwives or midwives^[4].

Authors identifies the studies that discuss obstetric nurses' performance in prenatal care, hospital care, maternity centers, and especially in teaching^[56,16,30,57]. These studies have showed that in addition to the gap in undergraduate nursing courses, the quality of teaching in obstetric nursing courses is incipient, and this signaled the need for further investigation through different methodological designs that can portray and deepen the knowledge of the specificities of this training.

It is important to note that the care provided by professionals should be related to education. In view of this, there must be appreciation and investment in the educational process of health professionals who provide care, so that they can understand women who have experienced the labor and birth in a holistic manner. In such a situation, some studies have highlighted that the articulation of knowledge acquired during academic education and care practice may favor the existence of a "medicalized" or a humanized model of care.

Since 1999, Obstetric Nursing specialization courses (CEE0 in Portuguese) have been implemented and funded throughout the country through the Women's Health Technical Area, seeking to ensure better access to coverage and quality of prenatal care, assistance to childbirth and the postpartum period. From 1999 to 2004, 76 CEE0 were lectured throughout Brazil, specializing 1,366 obstetric nurses^[58].

This initiative encouraged the development and extension of obstetric nursing residency courses, which are seen as a new educational modality with the potential to qualify nurses with technical skills to provide care under the principles of humanization and scientific evidence. However, this panorama of training has been a substantial educational challenge to be faced by residency programs because of

ambivalences and contradictions found in health services that lead to difficulty in practice fields so that students can develop skills in this sense.

In addition to the investment in the training of professionals, it is worth noting the importance of training programs directed by birth humanization programs and policies aimed at awareness. With a view to achieving a humanized delivery care, there is the need of articulating health promotion, health education and care, these that require investments and changes in the training of professionals, aiming at overcoming the biomedical model culture that sustains the "medicalization" of childbirth.

It is worth highlighting the fact that evaluating training is a difficult task, because there has been an effort by educators to insert different proposals of teaching and learning, curriculum changes, insertion of active methods, however, these are hampered by the limitations of the nursing category itself, which is characterized by workload, professional devaluation and lack of incentive on the part of institutional management ^[44,23,48].

It is important to emphasize the quality of education in undergraduate and graduate programs, and reflect how the practice of nurses under training is largely hindered. In fact, some health institutions have been adapting to the new care model based on humanizing care actions to the woman, however, when in the practice field, it is evident the dispute of professionals to delivery care, the lack of access of the patients and also the large number of professionals in training who seek improving their performance.

So, the suggestion ^[24] for nurses to return to midwifery is current and valid and thus it might be set a quota so that nurses can provide care during delivery in university hospitals so that they do not cease to learn midwifery and exercise the actions of a space they have already conquered legally through Professional Practice Law, No. 7,498, of June 25, 1986 ^[58].

FINAL THOUGHTS

This study has allowed the understanding of the intrinsic factors in teaching and practice of nurses for the humanization of childbirth in Brazil, which points to the need for development in the training of professionals for the humanized practice of nurses, whose performance is still hampered by poor working conditions, by the biomedical model that ignores the subjective needs and by cultural factors interfering in care.

There was a paucity of studies in relation to nurses' humanizing actions in teaching and practice. Despite the incentives offered by the MOH policies and programs published since 2000, focusing on the humanization of care, much remains to be implemented.

Practices carried out by nurses were identified in primary care, birth centers, hospital care and teaching that contribute to the "non-medicalization" of hospital delivery care, by enabling the mother to develop skills to control labor.

The study suggests that nursing practice should be guided in the true sense of humanization of obstetric care, focused on less interventionist and more emotional care and on respect for women's sexual and reproductive rights.

The findings evidence the need to expand the debate on humanization of delivery care, overcoming hostility as its implementation, need for greater visibility of the nurse's role in this process, intersectoral arrangements in the professional training and performance. This study is intended to encourage critical reflection of

health professionals, professors and students, educational institutions professionals, as well as women, signaling an urgent modification of knowledge and practices that permeate the humanization of pregnancy, labor and birth.

REFERENCES

1. Riesco MLG, Tsunehiro MA. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Rev estudos feministas. 2002;10(2):450-459.
2. Bessa LF, Mamede MV. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? Rev Baiana de Enfermagem. 2010; 24(1, 2, 3):11-22.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil Sumário Executivo Temático da Pesquisa. FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2011. p.1-7.
4. Organização mundial de saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
5. Betran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paed Perinat Epidemiol. 2007;21(2):98-113.
6. Patah LEM, Ana MM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública. 2011;45(1):185-194.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
8. Faúndes A, Cecatti JG. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação. Caderno de saúde pública. 1991;7(2):150-173.
9. Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(5): 310-5.
10. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(6): 357-65.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Brasília; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento. Brasília. DF; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Assistência ao pré-natal. Manual técnico. Brasília; 2000.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Política Nacional de Humanização. [internet] Brasília; 2004. [Citado 2015 mar. 15] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>.
15. Brasil. Ministério da Saúde; Manual Prática para Implementação da Rede Cegonha. Brasília; 2011a.
16. Porfírio AB, Progianti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(2):331-6.
17. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwaldet CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet. 2011;32-46.
18. Costa AANM, Schirmer J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil: da proposta à operacionalização. Esc. Anna Nery [online]. 2012; 16(2):332-339.

19. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Rev Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
20. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
21. Moura CFS, Lopes GT, Santos TCF. humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. *Rev. enferm. UERJ*. 2009;17(2):182-7.
22. Rolim KMC, Campos ACS, Cardoso MVLM L, Silva RM. Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem. *Rev. RENE*. 2004;5(2):79-85.
23. Silva RM, Gurgel AH, Moura ERF. Ética no processo ensino-aprendizagem Em enfermagem obstétrica. *Rev. esc. Enferm. USP*. 2004;38(1):28-36.
24. Rocha TA, Bonilha ALL. Formação das enfermeiras para a parturição: implantação de um hospital universitário na década de 80. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 dez; 12(4): 651-57.
25. Carvalho FAM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Ximenes LBX. Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):767-72.
26. Tyrrel MAR, Santos AEV, César EAJ, Lucas F. Ensino de Enfermagem Obstétrica no Brasil: (des) acertos 1972-1996. *Rev. bras. enferm*. 2005;58(6):677-681.
27. Silveira JC, Riescoll MLGI. Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. *Rev. enferm. UERJ*. 2008;16(1):512-7.
28. Sacramento MTP, Tyrrell MARI. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. *R Enferm UERJ*. 2006; 14(3):425-33.
29. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Rev Cienc Saude Colet*.2005;10(3):639-49.
30. Progianti JM, Porfírio AB, Pereira ALF. Capacitação de enfermeiras no japão: contribuição para a implantação da casa de parto no rio de janeiro. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):193-200.
31. Rocha TA, Bonilha ALL. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev. enferm. UERJ*. 2009; 17(2):165-169.
32. Pereira ALF, Nicácio MCN. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(1):50-6.
33. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):339-46.
34. Barbastefano OS, Girianelli VR; Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010;31(4):708-714.
35. Figueiredo NMA, Tyrrell MAR,Carvalho V, Leite JL. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(6):905-912.
36. Davim RMB; Torres GV; Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev. esc. enferm*. 2009;43(2):438-45.

37. Barbosa PG, Carvalho GM, Oliveira LR. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2008; 32(4):458-465.
38. Brüggemann OM, Monticelli M, Fernandes VB, Fernandes V B, Boing AF, Volknerl C, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre a filosofia assistencial de uma maternidade pública da região sul do Brasil. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011;64(1):123-129.
39. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto contexto - enferm.* 2013;22(3):629-636.
40. Simões SMF, Jesus DV, Boechat JS. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. *Online Braz, J. Nurs.* 2007;6(2).
41. Nagahama EEI, Santiago SM. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. *Acta paul. enferm.* 2008;.21(4); 609-615.
42. *Davim RMBT*. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. *Rev. RENE. Fortaleza.* 2008;9(2):64-72.
43. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008;24(8):1859-1868.
44. Castro JC, Clapis JM. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Lat Am Enferm.* 2005; 13(6):960-970.
45. Ferreira SL, Rocha MMS, Nunes IM. Atuação de enfermeiras obstetras no sistema único de saúde (SUS-BA): estudo entre as egressas dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica da EEUFBA. *Rev Baiana de Enferm, Salvador.* 2009;22(1, 2, 3):23-32.
46. Fujita JALM, Shimo AKK. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. *Revista mineira de enfermagem. REME Rev Min Enferm.* 2014; 18(4): 1006-1010.
47. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e natecnologias leves: apontando mudanças para modelos técnico-assistenciais. *Rev Saúde em Debate.* 2003; 27: 316-23
48. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev. enferm. UERJ.* 2009; 17(2):165-9.
49. Wendhausen ALP, Rivera S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho de enfermagem. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(1): 111-9.
50. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Cienc. saude colet.* 2005; 10(sup): 221-30.
51. Velasque EAG, Cabral FB, Pradebon VM. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *R. Enferm. UFSM.* 2011; 1(1);80-87.
52. Brüggemann O M, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(1):44-52. 2007.
53. Wendhausen ÁLP, Rivera S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(1): 111-9.

54. Garcia SAL, Lippi UG, Garcia SAL. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. RBPS, Fortaleza. 2010; 23(4):380-388.
55. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:669-705.
56. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):257-63.
57. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006;19(4):444-9.
58. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica: diretrizes para elaboração de projetos de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Brasília; 2004.

4.2 ARTIGO 2

From: <onbehalfof+INRedoffice+wiley.com@manuscriptcentral.com>
Sent: 20 de dezembro de 2016 22:00
To: <mmakuch@hotmail.com>
Subject: Manuscript ID INR-2016-0300 - International Nursing Review

Dear Dr. Makuch:

Your manuscript entitled "Nurse's practice towards humanization of high-risk antenatal care in Brazil" by Furtado Jorge, Herla; Magalhães da Silva, Raimunda; Makuch, Maria, has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the International Nursing Review.

Co-authors: Please contact the Editorial Office as soon as possible if you disagree with being listed as a co-author for this manuscript.

Your manuscript ID is INR-2016-0300.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/inr> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Centre after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/inr>.

Thank you for submitting your manuscript to the International Nursing Review.

Sincerely,
International Nursing Review Editorial Office

Nurse's practice towards humanization of high-risk antenatal care in Brazil

Herla Maria Furtado Jorge¹, Raimunda Magalhães da Silva², Maria Yolanda Makuch³

^{1,3} Department of Obstetrics and Gynaecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil.

^{1,2} Public Health and Nursing Graduate Program, University of Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brazil.

Running head: Nurse's practice and humanization of high-risk antenatal care

Author contributions:

Study design: HFJ, RMS, MYM

Data collection: HFJ, MYM

Data analysis: HFJ, MYM Study

supervision: RMS, MYM Manuscript

writing: HFJ, RMS, MYM **Sources**

of funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by the author(s).

Address for correspondence:

Maria Y. Makuch

Caixa Postal 6181

13084-971 Campinas, SP, Brazil

Telefone: 19-3289-2856

Fax: 19-3289-2440

E-mail: mmakuch@hotmail.com

Abstract

Aim: to understand the humanized practice carried out by nurses at high risk antenatal services of Brazil.

Materials and methods: A qualitative study was carried out. Nurses working in a high risk service from two public maternities were selected through purposive sampling. A semi-structured interview was conducted with each participant. All interviews were recorded, transcribed verbatim and content analysis was performed.

Results: All the nurses of the two maternities (three in each institution) participated. Participants were working at high risk services 2 to 18 years. They considered that humanization of care consisted of actions related patient embracement, individualized care and establishing a relationship of trust and communication with the pregnant women they assisted. The main practices towards humanization of care reported were: guided visits to the obstetrical ward, organization of educational groups to provide information on the issues related to pregnancy and the birthing process and on non-pharmacological methods for relieving labor pain, and encouragement of the presence of a companion chosen by the women during consultation. Furthermore, they reported the need for improvement of professionals' knowledge regarding humanization policies, team communication, early identification of pregnant women, improvement in and access to educational materials, and availability of services for pregnant women.

Conclusion and implications of nursing and health policy: the nurses defined and incorporated practices towards humanization of care in high-risk antenatal care; however, their actions were fragmented. The present study can help nurses to implement humanized actions in antenatal services.

Keywords: Antenatal Care; Humanization of assistance; Nurses; Public Policies; Qualitative Research; Hospitals, Maternity.

Introduction

As part of the multidisciplinary team, nurses, in addition to other actions, coordinate antenatal education group activities aimed at preparing women for labor and childbirth. In these groups the main themes discussed are the physiological changes of pregnancy, nutrition, non-pharmacological techniques to relieve labor pain, fetal growth and development, and breastfeeding (Ustunsoz et al., 2011; Phillippi et al. 2016). This practice improves women's knowledge about risk factors and complications of pregnancy, maternal and neonatal well-being, reduced fear of childbirth (Karabulut et al. 2016), and encourage women to actively attend antenatal care, improving satisfaction with antenatal care, and appreciation of the work of the nursing team (Heaman et al. 2015).

Antenatal care can be evaluated according to the organization and context of the care provided (Hildingsson et al. 2015). Nurse's practice towards humanized antenatal care is facing difficulties. Some of the difficulties are due to the lack of time and shortage of professionals to provide quality care, and others are due to women's lack of adherence to the orientations received and non-attendance to the services (Edie et al. 2015). Other difficulties for the development of these actions are precarious physical structures, scarce provision of educational activities for pregnant women and nurses' poor skills to carry out these activities (Jorge et al. 2016).

According to recent studies (Hildingsson et al., 2013; Jorge et al. 2016), nursing care in antenatal care is still focused on interventional practices based on the biomedical model and is permeated by disputes between healthcare professionals (HCPs) related to the field of expertise and work overload. On the other hand, there is insufficient knowledge regarding the training of nurses to implement actions that humanize antenatal care (Brasil 1990).

In Brazil, the National Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*), provides public programs and services, and ensures access to antenatal care through health care policies care and professional training (OMS 2015). Since the year 2000, the Antenatal and Birth Humanization Program (*Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN*) and, most recently, the recommendations of a Network (Rede Cegonha) antenatal care should include antenatal educational g for pregnant women (OMS 2015; Brasil, 2000).

It is important to understand nurse's role in the provision of humanized care in antenatal services because there still is a gap in the knowledge regarding the implementation of these activities. The objective of the present study was to understand the humanized practice carried out by nurses at high risk prenatal services in f Brazil.

Materials and method

Design

A qualitative study was conducted to provide in-depth understanding of the implementation of humanized activities in nurse's practice among women attended in high risk antenatal care services (Patton, 2002).

Sample and setting

The study was conducted in two public university maternity hospitals that provide antenatal high-risk care – one in the Southeastern region of Brazil (Maternity A) and the other in the Northeastern region of the country (Maternity B). The two maternities are nationally recognized for adhering to public policies for the humanization of antenatal, labor, childbirth, and postpartum care (Rehuna, 2005).

The maternity hospital of the Northeastern region, following the norms of the Ministry of Health (MoH), has implemented guidelines for the care of pregnant women since 2011 (Meac, 2015). In the Southeastern region the chosen maternity was a regional reference in tertiary and quaternary complexity in health care of women and newborn.

Data collection

Following the logic of purposeful sampling information-rich cases for an in-depth study were selected. The strategy used for the selection of participants was intensity sampling (Patton, 2002). All the high-risk antenatal care nurses from both maternities were contacted and informed about the study objectives. All the nurses contacted-three from each maternity – accepted to take part in the study.

Before initiating the interviews, an acculturation phase was carried out at both maternity hospitals where the study was conducted. For the researcher to become familiar with the research settings (Turato, 2003). Data was collected between March and December 2015 through semi-structured interviews using a thematic guide. The

guide started with the question “*In your opinion, what constitutes humanizing actions in prenatal care?*” and continued with open ended questions and prompts to ensure an in-depth discussion with each participant on the relevant aspects of the research. The thematic guide contained issues based on the main current recommendations for the humanization of antenatal care in the country and addressed issues related to: i) the concept of humanization of antenatal care; ii) motivation to work in antenatal care; iii) actions to humanize the care provided to pregnant women, iv) training nurses receive to carry out actions for the humanization of antenatal care, v) nurses’ difficulties, facilities and suggestions to carry out humanized actions in antenatal care, vi) antenatal group counseling for childbirth, vii) physical structure of the maternity hospitals, and viii) articulation between professionals and services to humanize care during antenatal care.

All the interviews were conducted by one of the authors (HF), a nurse with experience in humanizing antenatal care, who was not working in any of the institutions where the research was conducted. Therefore, the interviewer had domain of the theme discussed and no previous contact with the interviewees. All interviews were recorded, transcribed and checked for accuracy, to ensure the reliability of the transcripts.

Data analysis

Data underwent thematic analysis (Bardin, 2008). Initially the transcribed interviews were read, relevant topics identified and grouped according to a thematic frame organized based on the interview guide. In the process of compiling recurring ideas, experiences and behavioral patterns similar data was organized in a meaningful way. The main themes identified were systematized into analytical categories. The categories identified were: humanizing activities performed in high-risk antenatal care and nurses’ perception about the implementation of humanization activities in maternity hospitals. Data were analyzed for thematic content by one author (HF) and cross-checked by the other authors (RMS and MYM). Anonymity of respondents was ensured by identifying the statements with the number and region in which the participant worked.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee (No. 923.073) and all participants voluntarily signed an informed consent form prior to interviews.

Results

The nurses working at maternity A were older and nurses at maternity B had worked in antenatal care for a longer period of time. All the participants reported that the motivation to work in the field of antenatal care arose during their undergraduate studies (Table 1).

Table 1. Characteristics of the nurses working at the high risk antenatal care Services.

Participants	Age	Ethnicity	Time after completing undergraduate education	Time working in high-risk antenatal care	Maternity in which research was conducted
Nur.1	51	White	31 years	2 years	A
Nur. 2	52	Non White	30 years	10 years	A
Nur. 3	50	White	31 years	9 years	A
Nur. 4	35	Non White	13 years	17 years	B
Nur. 5	39	Non White	17 years	10 months	B
Nur.6	55	Non White	33 years	18 years	B

Source: Research participants

Activities performed to humanize antenatal high risk care

The nurses from both institutions reported that the concept of humanizing antenatal care composed of diverse activities, such as user embracement by the nursing staff, the provision of individualized care and bonding between the pregnant woman attended and the nurses that cared for them. Furthermore, they reported educational counseling group activities for encouraging the presence of the women's partner or another person chosen by them during antenatal consultations, breastfeeding and information on the use of non-pharmacological methods for control and relief of labor pain –such as massage in the shower, and maintaining an upright position during labor and delivery. They also reported that

giving information and the training of pregnant women in breathing techniques to be used during labor for pain relief performed in partnership with physical therapists.

All nurses reported conducting guided visits to the delivery and rooming-in rooms and working jointly with other health professionals (physicians, physical therapists, psychologists, and social workers) to develop actions for antenatal education and comprehensive care strategies.

“When you are monitoring a patient and notice she needs social or psychological follow-up, for example. So, you include the participation of these professionals in the care provided to her”
(Nur 2 A)

“...in educational groups I talk about physiological changes of pregnancy, fertilization, physical activity during pregnancy, baby care, labor and delivery, nutrition, use of the ball, squatting exercises, the upright position, showers and massages” (Nur 1 B)

“...we focus on the signs and symptoms of labor, body changes during pregnancy, and body changes when you go into labor, what women should bring when it is time and the importance of having someone important for them close during labor” (Nur 1 A)

The nurses from Maternity B reported that during user embracement patients were informed about antenatal education and functioning of the outpatient clinic. They referred to the importance of training nurses to empower women to gain autonomy during labor; and on the principles of holistic care, and referral to a multidisciplinary team when necessary. The nurses who had management tasks reported that women in antenatal care were invited to visit the emergency, delivery and rooming-in wards at the beginning of the third trimester, and that they supported through administrative dispositions the implementation of strategies to humanize antenatal care.

“Humanization is quite incorporated in health care and in the management strategies through trainings and meetings with the teams” (Nur 2 B)

Nurses from Maternity A reported taking pregnant women to visit the maternity hospital; providing information individually or in groups and discussing different themes with women according to their gestational age. Also they referred to the importance of active listening, respect for privacy, explanation of technical terms, and provision of information on labor signs and rooming-in.

“We conduct tours through the hospital to show where they will arrive, the obstetrics center and the rooming-in room” (Nur 1 A)

Nurses’ perception regarding the process of implementation of activities to humanize antenatal care

All participants reported that some of the activities performed at their institutions to humanize antenatal care complied with the current standards of the MoH. As to the facilitating factors for the humanization of antenatal care, all participants referred to the importance of working in a multidisciplinary team, of an adequate physical structure and the support received from managers. Regarding difficulties, the participants reported that the small number of nurses available to meet the excessive work demand compromised organization and quality of care.

“We have a very good physical space, we have television, we have ball to show the non-pharmacological methods, we have material, we have videos...” (Nur 2 B)

“The main difficulty is the number of nurses, which is very reduced, we have to conduct the groups every day, work in the outpatient centers...” (Nur 1 A)

The suggestions reported by participants from both maternities included improvement of communication between professionals and pregnant women, implementation of strategies for early initiation of antenatal care, preparation of educational materials on subjects related to pregnancy, labor and delivery for

antenatal education and strategies to facilitate access to the maternity hospital at the time labor initiates so the care already provided during antenatal consultations and antenatal education is not compromised.

“... To ensure that the woman who underwent antenatal care here will have access to delivery care” (Nur 4 B)

“To create a booklet on labor for patients who do not have access to information” (Nur 1 A)

At Maternity B, all participants reported that implementation of humanized care and training of HCPs to humanize care were developed based on the recommendations of the current antenatal care and birth humanization programs of the MoH. Furthermore they reported that the factors that facilitated implementation of the activities were the good involvement of nurses in their work, the multidisciplinary care, and the team motivation and unity. As for the difficulties to implement humanized care, one nurse referred to the biomedical care model embedded in the mind of pregnant women, which makes them seek antenatal service only for medical consultations.

“We do not receive specific training on humanization. Humanization is addressed in the courses that are offered” (Nur 5 B)

“... This biomedical care model is really embedded in people’s mind, they just want to come here for medical consultation” (Nur 4 B)

Most participants from Maternity A reported they did not know the institutional policy for humanizing antenatal care, and one participant said that antenatal care was organized according to the latest recommendations on humanization proposed by the current policy of the MoH. Another nurse said that because the service was linked to a university, the professors clarified doubts and provided support for the implementation of humanized care.

“... Regarding institutional policy, we are told to keep all our protocols updated, all our activities must be recorded and guided by the protocol” (Nur 1 A)

“... The cooperation of some nursing professionals and other HCP facilitates joint consultation, but not all of them cooperate” (Nur 3 A)

Discussion

The interviewees' knowledge about the humanization of antenatal care is in line with the recommendations proposed by the current standards of the Brazilian MoH, which recommends humanized actions from antenatal care (WHO 2015; Brasil, 2000). The interviews showed that the activities to humanize antenatal care performed in the two maternities were fragmented and based only on some of the actions recommended by the norms of the MoH (Brasil, 2000).

In our study, nurses referred that the physical structure of both regions favored humanized antenatal care and that it is necessary to invest in professional training. Studies showed that some of the challenges of having high quality antenatal care are training nurses to care for women during pregnancy and postpartum promotion of quality in health care and user's satisfaction (Gilmer et al, 2016; Barreto et al., 2015).

Nurses play an active role in the healthcare team of antenatal care as they embrace the pregnant women and their companion in a satisfactory manner, provide an adequate environment for communication during antenatal consultation, favor the bond between the professional and the pregnant women, and provide a more humanized care (Martinelli et al., 2014). However, nurse's practice in antenatal care is still fragmented and based on interventionist practices; there is also poor training of HCPs and little professional recognition, which makes it necessary to expand the debate on the issue to promote changes in nurses' training and practice (Jorge et al., 2016). The humanized actions reported in this study are corroborated by previous studies (Karabulut et al., 2016; Edie et al., 2015; Martinelli et al., 2014) and comply with the recommendations of the MoH regarding the humanized antenatal care.

Although health education delivered during antenatal care can prepare women for pregnancy and delivery (Souza et al., 2011), and also for the development of

bonding with the HCP (Ateah, 2014), women are still dissatisfied with the information received on labor and childbirth (Domingues et al., 2012). It is noteworthy that the basic guidelines for humanizing antenatal care are not being followed satisfactorily in several regions of Brazil (Coutinho et al., 2010; Parada, 2008; Bruggemann et al., 2011) and that humanization remains a government policy that is far from becoming effective due to the lack of HCPs' knowledge about the subject (McLeod et al., 2011).

The participants' suggestions to improve antenatal care include ensuring pregnant women's access and referral to the maternity hospital, the availability of delivery rooms for women in labor and investment in educational booklets. This finding confirms that the recommendations of the current policies in Brazil are not being followed; additionally, there are poor rates of health education (Martinelli et al. 2014), and the way health services are organized does not always allow them to operate based on the logic of a progressive care network.

Although the participants of our study referred to training and emphasized the importance of training, they did not mention experiences of designed for humanizing antenatal care. The multidisciplinary approach in antenatal care strengthens team work, promotes learning among the pregnant women regarding the issues discussed during consultation and provides meaningful learning among the professionals involved (McLeod et al., 2011).

Implications for Nursing & Health Policy

The present study will contribute to the implementation of humanized care by nurses in antenatal services. The findings evidence the difficulties faced by nurses to implement policies and recommendations on humanized care during the antenatal period.

Limitations of the study

A possible limitation of the present study is the fact that it was conducted with nurses from two maternities in Brazil. However, it is important to consider that both institutions are recognized for their leadership in the implementation of humanized care of pregnant women. On the other hand, the strength of the study was to give voice to nurses to report their perceptions and experiences on humanization of antenatal care, and the facilities and difficulties inherent to the practice.

Conclusion

The present study fosters some reflections on nursing care in high-risk antenatal care and gives insight on facilities and difficulties of the implementation humanized care. The nurses in this study had an understanding of humanization of care in antenatal care; however, they reported not carrying out all the actions recommended by the norms of the MoH in Brazil. The activities carried out for humanizing high-risk antenatal care in both regions involve user embracement actions, individualized care and bonding with the pregnant woman.

The participants needed to improve their knowledge about humanization policies and suggested improvements in team communication, and educational materials, need for training and encouragement from the managers of the institutions in order to implement all the activities recommended for humanizing antenatal care. Furthermore, it is important to include these activities in the institutional norms and not only implement them as an initiative taken by the professional.

Acknowledgements

We thank the nurses from the maternity hospitals where the research was conducted for having contributed to the present study.

References

- Ateah, CA. (2013) Prenatal parent education for first-time expectant parents: "making it through labor is just the beginnin". *J Pediatr Health Care*. 27 (2): 91-7. doi:10.1016/j.pedhc.2011.06.019.
- Bardin, L. *Content analysis* (In Portuguese). (2008) Ed. 70. Lisboa.
- Barreto, CN., et al. (2015) "The Unified Health System that works": actions of humanization of prenatal care (In Portuguese). *Rev Gaúcha Enferm*. 36:168-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56769>.
- Brasil. Law No. 8080, of 19 November 1990. (1990) It provides for the conditions for the promotion, protection and recovery of health, the organization and operation of the corresponding services, and other measures (In Portuguese). Section 1, pp. 18055-18059.

Bruggemann, OM., Monticelli, M., Fernandes, VB., Fernandes, VB., Boing, AF., Volknerl, C et al. (2011) Perception of health professionals about care model of a public maternity from the south region of Brazil (In Portuguese). *Rev. bras. enferm.* 64(1): 123-129. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100018>.

Coutinho, T., Monteiro, MF., Sayd, JD., Teixeira, MT., Coutinho, CM., Coutinho, LM. (2010) Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast (In Portuguese). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 32(11): 563-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>.

Domingues, RM., Hartz, ZM., Dias, MA., Leal, MC. (2012) Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil (In Portuguese). *Cad Saúde Pública.* 28(3): 425-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.

Edie, GEHE., Obinchemti, TE., Tamufor, EN., Njie, MM., Njamen, TN., Achidi, EA. (2015) Perceptions of antenatal care services by pregnant women attending government health centres in the Buea Health District, Cameroon: a cross sectional study. *The Pan African Medical Journal.* 21(45). 21-45. doi: 10.11604/pamj.2015.21.45.4858.

Gilmer, C., et al. (2016) Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *Int J Nurs Stud.* 59:118-33. doi: 10.1016 / j.ijnurstu.2016.03.015.

Heaman, MI., Espada, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, ME., Morris, H et al. (2015) Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 15(1): 1-13. doi: 10.1186/s12884-015-0431-5.

Hildingsson, I., Haines, H., Cruz, M., Pallant, JF., Rubertsson, C. (2013) Women's satisfaction with antenatal care: comparing women in Sweden and Australia. *Women Birth.* 26(1): 9-14. doi: 10.1016/j.wombi.2012.06.002.

Jorge, HMF, Makuch, MY. Nursing training and practice on humanization actions in monitoring the delivery in Brazil. (2016) *International Archives of Medicine.* 9(212): 1-12. doi: 10.3823/2083.

Karabulut, Ö., Coşkuner, PD., Doğan, MY., Cebeci, MS., Demirci, N. (2016) Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev.* 63(1): 60-67. doi: 10,1111 / inr.12223.

Martinelli, KG., Neto, ETS., Gama, SGN., Oliveira, AE. (2014) Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 36(2): 56-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.

Maternidade Escola Assis Chateabriand. Healthcare Productivity for the Year (In Portuguese). (2015). Available at:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/0/Relat%C3%B3rio+MEAC+2015+final.pdf/389f7aa6-2c8a-42cd-8550-59ba2297733f> (accessed 15 May 2016)

McLeod, AY., Laclair, C., Kenyon, T. (2011) Interdisciplinary prenatal group visits as a significant learning experience. *J Grad Med Educ.* 3(3):372-5. doi:10,4300 / JGME-D-10-00.139,1.

Ministério da Saúde (BR) (2000) Antenatal and Birth Humanization Program (In Portuguese). Brasília: Ministério da Saúde. Available at: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/implantacao_do_phpn.pdf (accessed 10 Abr 2015)

Parada, CM. (2008) An evaluation of the prenatal and puerperal care provided in an upstate region of the State of São Paulo in 2005 (In Portuguese). *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 8(1): 113-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000100013>.

Patton, MQ. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3 Edition. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Phillippi, JC, Holley SL, Payne K, Schorn MN, Karp SM. (2016) Facilitators of prenatal care in an exemplar urban clinic. *Women Birth*, 29(2): 160-170. doi: 10.1016 / j.wombi.2015.09.007.

Rehuna – Rede pela humanização do parto e nascimento (in Portuguese). The Campinas Charter. In: Rattner D & Trench B. *Humanizing Births and Deliveries*. (2005) São Paulo: Editora Senac

Souza, VB., Roecker, S., Marcon, SS. (2011) Educative actions in prenatal assistance: perceptions of pregnant women assisted at the Basic Health Unit of

Maringá-PR. (In Portuguese) *Rev Eletr Enf* 13(2):199-210. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>.

Turato, ER. (2003) *Treatise on clinical-qualitative research methodology: theoretical-epistemological construction, comparative discussion and application in the health and humanities areas*. Petrópolis: Vozes.

Ustunsoz, A, Senel, N, Pollock, CA. (2011) Comparison of prenatal education delivered by nurses in Ankara (Turkey) and New Orleans (USA). *J Clin Nurs*, 20(7-8): 1133-40. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03262.x.

World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. 1 ed. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/ RHR/15.02).

4.3 ARTIGO 3

From: <em@editorialmanager.com>

Sent: 4 de janeiro de 2017 17:55

To: <mmakuch@hotmail.com>

Subject: Notification to co-authors of submission to BMC Pregnancy and Childbirth
PRCH-D-17-00006

PRCH-D-17-00006

What do nurses providing care in delivery wards understand and do about
humanizing assistance in Brazil

Herla Furtado, MSc; Raimunda Magalhães da Silva, PhD; Maria Y Makuch, PhD

Dear author:

You are receiving this email because you have been listed as an author on a
manuscript recently submitted to BMC Pregnancy and Childbirth. The manuscript
details are below.

Title: What do nurses providing care in delivery wards understand and do about
humanizing assistance in Brazil

Authors: Herla Furtado, MSc; Raimunda Magalhães da Silva, PhD; Maria Y Makuch,
PhD

Corresponding author: Dr Maria Y Makuch

If you are not aware of the submission, or if you should not be listed as contributing
author, please notify the Editorial Office. Contact details for the Editorial Office are
available under "Contact Us" on the journal website.

Kind regards,

Editorial Office

BMC Pregnancy and Childbirth

<http://www.biomedcentral.com/bmcpregnancychildbirth/>

What do nurses providing care in delivery wards understand and do about humanizing assistance in Brazil

Herla Maria Furtado Jorge¹, Raimunda Magalhães da Silva², Maria Y. Makuch^{3*}

1. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas Medical School, Campinas, SP, Brazil. herlafurtado@gmail.com

2. Public Health and Nursing Graduate Program, University of Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brazil. rmsilva@unifor.br

3. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas Medical School, Campinas, SP, Brazil. mmakuch@hotmail.com

Corresponding author

Maria Y Makuch, PhD

Department of Obstetrics and Gynecology,

University of Campinas Medical School

Caixa Postal 6181

13084-971 Campinas, SP, Brazil

Telephone: 55-19-3289-2856

Fax: 55-19-3289-2440

mmakuch@hotmail.com

Abstract**Background**

Nurse's practice during child delivery assistance plays an important role in the implementation of humanized actions. The objective of this study was to understand the perception and practice of nurses in relation to humanization actions during labor and delivery in Brazilian high-risk maternity hospitals.

Methods:

A qualitative study was conducted with 15 nurses, selected by purposive sampling, who worked at the obstetrics center of two high-risk assistance services of public maternity wards in Brazil. Data were collected through a semi-structured interview, following a thematic guide during the year 2015. All the interviews were recorded, transcribed verbatim, and analyzed using thematic content analysis according to the following analysis categories: humanization of childbirth in the understanding of nurses; humanized practice of the nurse during labor and delivery; and management of care for the humanized childbirth.

Results:

Participants considered that the humanization of assistance of woman in labor is based on holistic care, qualified listening, and on providing guidance during labor. The practice of the nurse during birth assistance was different in both maternity hospitals. During the immediate puerperium, all of them performed skin-to-skin contact and breastfeeding encouragement. They reported that the physical structure of the two institutions contributed to the implementation of a humanized practice; and the need to increase the number of nurses in the service, training possibilities, and improvement of inter-sectoral communication.

Conclusions: Nurses understand the practices of humanization in labor and delivery assistance. However, some practices were different in both maternity wards and gave way to recommendations for further reflections about the management model of those institutions.

Keywords: Humanizing Delivery; Nurses; Delivery ward, Hospitals, Maternity.

Background

Childbirth assistance is associated with the model adopted in health institutions, cultural aspects, the attitude of professionals regarding assistance, women's opinion about the choice of a certain type of childbirth and women's lack of preparation for childbirth [1]. No single factor explains the complexity of the decision on the type of childbirth, however it is important to note that there is a tendency of increase in Cesarean section in private and teaching hospitals [2-3]. Access to health-related technology, high levels of parturient monitoring, and the attitude of health professionals regarding childbirth, may interfere with humanized assistance during childbirth in highly specialized maternity hospitals [4].

To promote the humanized assistance during childbirth, it is necessary to understand organizational factors internal communications of an institution [5]. The goal for maternity hospitals should be to decrease the number of unnecessary surgical interventions, and humanize birth in a hospital environment [5-6]. One of the strategies used by professionals to reduce the number of interventions is the use of protocols and flow charts based on scientific evidences for the decision-making process [7].

The practice of nurses during childbirth assistance plays an important role for the implementation of humanized actions [4], as in their practice, they embody the knowledge based on evidence [8]. They promote the preparation of a delivery plan with the patient [9] and positively influence the decisions about the type of delivery [10]. They guide and stimulate the use of non-pharmacological methods for pain relief and carry out direct assistance to low-risk childbirth [11-12]. They encourage skin-to-skin contact of mother and baby in the first hour of life and good relationships with the women and family [13].

The implementation of humanized practices in the care of high-risk pregnancies requires the articulation of social factors, cultural characteristics and institutional organization [14]. Obstetric nurses can have meaningful role in the implementation of humanized actions at maternity hospitals, however, they face difficulties at the individual, institutional and health system level to develop their practice [12]. Studies show that health professionals frequently lack knowledge about the practice of the obstetric nurse [12], and some of the difficulties are due to the centralization of the biomedical model, institutional barriers, restricted labor market, poor working conditions, and practice limited only to the prepartum and postpartum [12-14-15].

Brazil has the Unified Health System (SUS - Sistema Único de Saúde) that ensures comprehensiveness, universality, and equity of care. To deal with the challenge of humanized childbirth assistance, the Ministry of Health (MS - Ministério da Saúde) recommends actions for nurse to promote humanized childbirth assistance [16, 17]. In the year 2000, the Program of Humanization in Prenatal and Birth (PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento) was published

[18]; and in 2011, the maternal and neonatal assistance network (Stork Network) was implemented, both emphasizing on the role of the nurse in childbirth assistance [19].

Due to the lack of evidence in relation to the perspective and practice of the nurses in assistance to humanized childbirth in maternity wards, a study was developed with the purpose to understand the perception and practice of nurses on the humanization of assistance to labor and delivery in Brazilian high-risk public maternity wards.

Methods

Design and setting of the study

A qualitative study was carried out with the purpose of gaining better knowledge about the perception and practice of nurses in relation to the humanization of the assistance of women during the birthing process in two maternity wards in high-risk centers of two Brazilian public maternity wards.

The two maternity hospitals were chosen because they are considered as references for the practice of humanized childbirth assistance. The maternity hospital from the Southeast region of the country (maternity A) develops teaching and research activities in highly specialized assistance to the woman and the newborn; and is a reference for 42 municipalities in the State of São Paulo in Brazil. At this maternity, in 2015, there were 7,121 obstetrics nursing appointments and a 52.2% of the deliveries were natural childbirths [20].

The maternity from the Northeast region of the country (maternity B) has received the nomination of Support Center for the Development of Obstetric and

Neonatal Care of the Ministry of Health. In 2015, 5,870 obstetric care appointments took place and 47.5% of deliveries were natural childbirth [21].

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medical Sciences at the State University of Campinas (Unicamp) (CAAE number: 238100614.0.0000.5404). The informed consent of all participants was obtained before their inclusion in the study; and the anonymity of interviews was preserved through the identification of statements with numbers and research places.

Study sample

Study participants were selected considering the criteria of purposive sampling [22]. The following aspects were taken into consideration: for the selection of the participants: nurses who had worked for at least one year at the Obstetrics Center (OC) and were providing assistance and/or management practices. Preliminary contact was made with all the nurses who worked at the OC of both institutions during data collection period.

Of the eight nurses who worked at the maternity A obstetric center, two were on leave at the time of data collection and all the others agreed to participate in the research. At maternity B, 14 nurses worked in the obstetric center, all were invited to participate in the research; and nine were interviewed because they were present during the collection period.

Data collection

Before initiation of the data collection stage, the acculturation phase took place. This phase allowed the researcher to become familiar with the research setting, and to get to know the services where the study would be developed [23]. Data collection took place in the year 2015. Initially a socio-demographic characterization form was filled with each participant. Later, a semi-structured

interview took place, with an average duration of 2 hours, using a thematic guide that began with a broad research question: *“In your opinion, what are the actions of humanization in childbirth assistance?”* The rest of the guide would pose questions based on the key recommendations humanized assistance of childbirth are enforced in the country,,: i) the concept of birth humanization and motivation to work in obstetrics; ii) humanizing actions in care during labor, delivery and postpartum; iii) training of nurses to perform humanization practices during childbirth; iv) internal politics of institutions to incorporate birth humanization actions; v) difficulties, easy aspects, and suggestions of nurses to perform humanization practices; vi) use of non-pharmacological methods by nurses to relieve labor pain; vii) institutional support, physical structure, articulation between professionals, and services to facilitate the realization of humanization practices by nurses.

The number of interviews conducted was based on the criterion of theoretical saturation of data that recommends to end interviews when the data being collected only presents repetitions and does not add any new information F[24].

Data analysis

All the interviews were transcribed verbatim and reviewed in a second round of listening to the audios by the first author (HF), an obstetric nurse with experience in assisting women in labor and delivery. Data were analyzed following the recommendations of thematic content analysis [25]. Initially, the transcribed interviews were read and the core meanings were identified based on the ideas that emerged from the interviews and the main concepts of the objectives of the study. The relevant data were organized into themes: *humanization of childbirth in the understanding of nurses; humanized practice of the nurse during labor and delivery; and management of care for humanized childbirth*. Data were analyzed by the first

author (HMF) and verified by other authors (RMS and MYM), a nurse and psychologist respectively with experience in humanized childbirth.

Results

15 nurses participated in the study, six from maternity hospital A and nine from maternity hospital B, with only one male participant. Most of the participants were between 25 and 35 years old and had work experience in obstetrics assistance. At maternity hospital A, four of them had a specialization in obstetrics and at maternity hospital B, they all had expert knowledge within the field. All of them were working 30 hours per week, and one nurse in each region would be in charge of the Obstetrics Center's management.

Humanization of childbirth assistance as per the understanding of nurses

Participants of the two maternity hospitals reported according to them, the concept of humanization on the basis of holistic service, providing information on the evolution of labor, about the procedures performed at the obstetrics center, and the pharmacological methods for pain relief. They also talked about the importance of respecting the free choice of women as to the presence of her companion, of qualified listening, the skin-to-skin contact of mother and child, provision of light liquids during labor, encouragement of a vertical positioning, ambulation, and respect for the autonomy of the laboring woman. .

(...) Having a birth with the minimum possible intervention and when there is an intervention she should be informed about it". (Nurse 3 A)

(...) It's not just to welcome her, and it's not just to provide full assistance, it is listening, to provide qualified listening, to have knowledge of the different phases of labor as per the scientific evidence (...) (Nurse 2 B)

The nurses from maternity B also talked about the importance of offering a cozy atmosphere, having multidisciplinary assistance available and the “presence of quality”, which consists of the feelings of safety and availability that the professional conveys whenever needed by the laboring mother.

We have several pain relief technologies, but if you are not there with your “presence of quality” for the woman (...) because more important than offering all the equipment and the entire structure, it's to be available for her, it's to try to understand what she needs. (Nurse 7 B)

A nurse from maternity A mentioned the change in the profile of women assisted at the institution, as some of them had health insurance plans but wanted to be attended at the maternity because they considered it as a good option for humanized childbirth.

(...) many women who have insurance, they even have financial conditions to have their child at a private clinic but they end up coming to our service because it is considered as a reference in this matter to encourage natural childbirth. (...) I also see some change in the profile of these women, they are trying to have it all in a sense of humanization... when they come, they already know what can and what cannot be done. (Nurse 2 A)

Humanization practices of the nurse during labor and delivery

Nurses from obstetric center of the two maternities reporting the humanization practices performed by nurses during labor, mentioned the guidelines on the use of non-pharmacological methods for pain relief, emotional support, availability of information about the procedures performed, and the dynamics of the services.

(...) We talk about the importance of her companion walking around with her, doing back rubs, that he can be there all the time with the pregnant woman, here at the Obstetrics Center and during childbirth itself (Nurse 6 A).

We guide the ambulation, the sprinkler baths, we have the oil massages, I like to use an orange flower essence to make a massage, the use of the ball, the birthing stool, changes of position in a general way so that she may really find a position (Nurse 6 B).

The nurses from maternity A reported they would perform the delivery only when the women arrive to the OC already in the expulsive period, because the bureaucratic duties took much of their time and because the practice of attending deliveries was considered a medical activity at their institution.

When there's no one there to assist, we end up doing it, and then comes the head nurse or someone to assist. We don't stay there giving assistance during the whole labor, there's no way to do that because we have so many tasks. (Nurse 1 A)

At maternity hospital B, the nurses mentioned the task of filling and interpreting the partogram, a procedure that involves digital vaginal examination and auscultation of the cardiac-fetal heartbeat. They also said they would assist a natural childbirth without dystocia, late clamping of the umbilical cord, and active delivery of the placenta.

It goes from the evaluation of digital vaginal examination, uterine dynamics, cardiac-fetal heartbeat, filling in and evaluating the partogram, evaluation of labor, and childbirth assistance, as a whole. (Nurse 1 B)

All participants of the two maternity wards said they do not support the realization of an episiotomy, except when it is absolutely necessary; and they perform practices such as encouraging the vertical position in the expulsive period to decrease the index of episiotomy.

“Doctor let’s take a break, we’ll see...” because this episiotomy has disadvantages, and we tend to eradicate such episiotomy from the routine. (Nurse 3 B)

(...) Not all the obstetrics nurses agree on this... the interference for the practice of episiotomy is actually a negotiation and not an imposition. (Nurse 3 A)

Humanization practices performed during the immediate puerperium by all the nurses from both maternity hospitals were the stimulus to immediate skin-to-skin contact of the mother and the baby, and encouragement for breastfeeding in the first hour of life.

Once the baby is born, there is the skin-to-skin contact; we leave them there for 1 hour. We encourage breastfeeding, offer food to the mother, and check the bleeding. (Nurse 5 B)

When it happens in the pre-labor, labor and post-labor room, we can do this, yes, to let the mother remain there with her companion and the baby, and she can see the early care that is being provided right there at the time. (Nurse 1 A)

Management of humanized assistance during labor and delivery

Nurses from maternity A, reported that humanization practices at the institution were directed by the recommendations of the institution’s internal policy assumed as

a Baby-Friendly Hospital. This initiative encourages the skin-to-skin contact of mother and baby, and breastfeeding in the first hour. They also reported that they have received the support of the nursing management for carrying out the humanization practices and that the actions of the multidisciplinary team had little articulation.

The nursing supervisor is limited on what she can do, but I think the larger issue is that we don't have support from the other teams, if we had the medical staff also supporting this, it would be easier. (Nurse 1 A)

At maternity B, nurses reported that humanization practices were based on medical and nursing protocols in accordance with the recommendations of the Ministry of Health. They also talked about the need for a joint action with all team members; and the support of the nursing management, doctors, and the institution.

We are connected to the Stork Network (a mother and child assistance network), we have protocols on obstetrics, all focused on the issues of humanization and monitoring of the indicators of good practices, which is done on a quarterly basis by the Ministry of Health. (Nurse 9 B)

The nurses from maternity A said they had received training on the guiding policy of the maternity hospital. They also reported having received online training and participating in scientific events on humanization outside the institution. The nurses from maternity hospital B said that they had received training when they joined the institution, and in the course of time during their professional life. The courses were on good practices for humanized assistance to labor, childbirth and the immediate puerperium, the importance of the professional having a “presence of quality”, breastfeeding and the use of music therapy, and aromatherapy and foot bath as natural methods of relaxation.

Here at the service, the courses that took place have all been focused on the baby friendly hospital (...) on humanization itself I never had any training available and I always try to find it outside. (Nurse 2 A)

After three years at the institution, I had the opportunity to participate in a course sponsored by the Stork Network (a network of mother-child assistance) of the Ministry of Health aimed at the qualification of obstetrics nurses (...) (Nurse 2 B)

If you keep a presence of quality, if you're really there because of her and for her, she realizes that. She understands, she is reassured. It's like a fine tuning, an empathy, and so we are working very hard on this matter of a significant presence. (Nurse 6 B)

The nurses reported the easy aspects, problems, and suggestions for the implementation of humanization practices during childbirth that are summarized in table II. The easy aspects mentioned by the nurses from both maternity hospitals were the adequate physical structure; availability of rooms for prepartum, postpartum and childbirth (called the PPP rooms [Pré-parto, Parto e Pós-parto]); and clinical protocols and courses for professionals on current recommendations since they are educational institutions. Participants from maternity hospital B talked about offering a liquid diet to women during labor, the use of a stool that favors the vertical position (called “cavalinho” or little horse in Brazilian) and, when necessary, labor analgesia.

To have an individualized room, a PPP bed, to offer a liquid diet to the woman, to provide a ball, a birthing stool, massage and, in some cases, even a labor analgesia. (Nurse 6 B)

I think that being a baby friendly hospital helps, because it must be done and if it's not done it will lose accreditation, and so, to have it as a rule is very good. (Nurse 3 B)

All participants mentioned that the difficulties in performing humanized practices were the insufficient number of nurses, excessive digital vaginal examinations, and the presence of many professionals in the delivery room at the time of the procedures because they are educational maternity wards. At maternity hospital B, they also reported the overcrowding at the institution and insufficient beds to meet demand.

Human resources are missing and when there are a lot of births at the same time it's impossible to do everything right. (Nurse 2 A)

We have a lot of tasks and a reduced number of nurses (...) as a nurse I don't have time to be with all the patients. (Nurse 2 B)

Overcrowding makes it very hard. We can't promote an environment; we barely manage to talk to the patient. (Nurse 8 B)

At maternity A, the participants commented that the main difficulties were the lack of articulation of the multidisciplinary team, improper use of the PPP rooms, and interventional assistance from the medical team. They also referred to the difficulty of the medical leadership to accept humanization, the prejudice of medical professionals to respect the delivery plan of the patients, the little autonomy nurses have during birthing assistance, and the availability of courses only during the day.

We could have a wonderful childbirth at the PPP room, a humanized one, but due to their issues, which we don't know what they are, that patient ends up eventually being wheeled into the operating room. (Nurse 1 A)

I think the big difficulty is to change the medical management minds as they still don't have a mind fully open for that. (Nurse 3 A)

The nurses from maternity A suggested correct use of the rooms (PPP rooms) and the standardization of humanization practices for childbirth by the multidisciplinary team, as recommended by the Ministry of Health. They reported the importance of allowing the presence of the companion in the recovery room, to reduce interventions in low-risk births, and encourage a greater freedom of movement for the mother. They also talked about the need to increase the number of nursing professionals, to expand the role of the nurse for the whole development of labor and delivery, and improving communication within the team. They emphasized the use of unnecessary practices such as the continuous cardiotocography and excessive digital vaginal examination.

We have the PPP room, which should work very well, but there are a few things that make such development impossible. (Nurse 1 A)

To have a wider action space. And then there's the question of the number of professionals, I think that even if we all would do childbirth assistance, even so, it would not be enough, neither during the day nor at night. (Nurse 4 A)

To let the woman in a prolonged fasting when she is still not in a phase of active labor, the indiscriminate use of cardiotocography (...), and lots of digital vaginal examinations which end up increasing the risk of an infection even more. (Nurse 3 A)

At maternity B, they suggested the use of aromatherapy, music therapy, childbirth bathtub, and the expansion of the space for the ambulation of pregnant women. They mentioned the need to respect the privacy of the patient and improve teamwork into a multidisciplinary team.

I tried to bring music therapy. I brought a sound box, put a USB drive with music and the patient liked it. (Nurse 2 B)

In my opinion, its privacy, we are a teaching hospital and even if the entire team is careful about that, we have the students (...) and we still could not figure out a strategy to improve the management of the woman's privacy. (Nurse 9 B)

Discussion

The participants in the study defined the concept of humanization in the assistance to future mothers as holistic care, clarifying doubts, providing guidelines, and pointed out the importance of promoting the autonomy of women during labor and delivery.

The concept of childbirth humanization mentioned by the nurses in this study partially matches the recommendations of Brazil's current public policies. Among the practices of humanization of childbirth assistance, our study highlighted the guidance by the nurses from both maternity hospitals on the use of non-pharmacological methods for pain relief. A research carried out in all regions of Brazil, showed that only 50% of women have used non-pharmacological methods during labor [26]. On the contrary, in Canada, the knowledge about the use of non-pharmacological methods for pain relief is included in the training of obstetrics nurses, and the autonomy of the professionals is guaranteed [14].

Among the non-pharmacological methods recommended by the nurses in this study, we should point out the use of the Swiss ball, music therapy, comfort massage, and guidance on breathing techniques during labor. Dehcheshmeh and her colleagues showed in their study that music therapy and massage are readily available methods and act similarly to significantly decrease pain during labor [27].

The use of the ball favored the reduction in pain during labor [28] and made fetal descent, relaxation, and the progression of childbirth easier [29].

Humanization practices during childbirth were different in both maternity hospitals. In one of the maternity wards of our study (maternity hospital B) there was a predominance of the assistance model in which the nurse has autonomy and knowledge to perform a natural childbirth. This practice is consistent with the results of studies that recommend the action of a nurse in birthing assistance, even in highly specialized hospitals, due to the significant proportion of low-risk pregnancies in these institutions [4]; and because it implements practices that favor vaginal birth [10].

Humanized childbirth care in high-risk pregnancies has the purpose of improving attendance to the woman, provide for a satisfactory experience even in the face of an obstetric risk, and a birth into a hospital environment [14-30]. A previous study showed that professionals from specialized hospitals recognized the concept of humanization as a process of change in the care provided, and that the doctor's sole responsibility and women's lack of autonomy hampered the humanization of childbirth practices [30].

In Brazil, the regulations of the Federal Council of Nursing favor natural childbirth without complications to be made by professional nurses [31]. Even before this regulation, a research carried out in all regions of Brazil showed that only 15% of births were performed by obstetrics nurses or midwives and that these occurred more frequently in the poorest parts of the country, where there is a lack of doctors [32].

In our study, at maternity hospital A, the nurse has little autonomy, faces difficulties for decision-making, and does not perform the normal low-risk childbirth

except for a few cases. Other studies that took place in Brazil also point out difficulties in the nurses' action such as the non-motivation of the professionals, dispute of space, action of the nurse restricted to the expulsive period and little professional recognition [33-34].

The model of childbirth assistance centered on the respect for the physiology of birth and the role of the nurse is a fact in the Scandinavian countries and in England, Japan, the Netherlands, France, and Germany. This birth model favors the decrease of maternal and neonatal morbidity and mortality indicators, the rate of interventions, and the number of Caesarian sections, episiotomies, among other indicators [34].

The suggestion for the proper use of PPP rooms in the maternity ward was evaluated in an earlier study within the same institution [35]. Stancato and her colleagues found that only 50% of births were performed in a PPP room, and suggested discussions among the team so that the mother could remain in the PPP room during the three periods of labor [35]. For the National Agency of Health Sanitary Surveillance, the PPP room enables private monitoring during labor, childbirth and the immediate puerperium [36].

Most maternity hospitals in Brazil do not have adequate infrastructure and trained professionals. These factors compromise the quality of childbirth care, attendance to risk pregnancies, and access to low risk pregnant women, who may not get adequate assistance for the monitoring of a natural birth [37].

The few beneficial practices that take place at maternity hospital A do not match the recommendations of the World Health Organization and the Ministry of Health. Both recommend the use of good childbirth practices such as a liquid oral diet

during labor, free ambulation, and decrease of labor interventionist practices [17-18]. A previous study in Brazil showed that the use of good practices and the role of the obstetrics nurse during labor contributed to the reduction of unnecessary cesarean sections [38].

Research points out that light liquid intake by the mother do not increase the incidence of complications [39]. Ambulation and the use of vertical positions provide for a shorter duration of labor and reduce the need for analgesia; they also reduce the episiotomy rate and decrease abnormalities in fetal heart rate patterns [40-41].

For the analysis of the professionals' management practices, we have resumed the concept of care management at the organizational and professional dimension. The professional dimension consists of the technical competence, ability, experience and training of the professionals, as well as their ethical attitude towards providing health care. On its side, the organizational dimension values the relationships of teamwork, coordination activities, communication, work process organization, attendance flows and rules, protocols, team meetings, and action planning [42].

Humanization practices imposed on both maternity hospitals were based on the recommendations of the internal politics of maternity hospital A (Baby-Friendly Hospital - IHAC) and maternity hospital B (Stork Network). The Stork Network is allowed to interfere directly in the quality of services and among the challenges faced, it proposes the need for changes in the technical assistance model of delivery care in Brazil [43].

The implementation of the recent policy in Brazil on the care of pregnant women and childbirth (Stork Network) resulted in a decrease of cases admitted to

Intensive Care Units, an increase of prenatal medical appointments and referrals to high-risk prenatal care, as well as the reduction of hypertensive illness diagnoses during pregnancy in the south of the country [44]. In the Southeast, there is still some disconnection between the actions and the planning for implementation of this policy in the daily life of health services [44-45].

Most previous researches on childbirth did not emphasize the importance of the social and cultural standards of health institutions and their consequences on the humanization practices for childbirth [14]. In Canada, the lack of care continuity is an important barrier to humanized childbirth in almost all maternity hospitals [14].

The disconnection between multidisciplinary actions mentioned in both maternity hospitals matches the results of studies that have highlighted medical hegemony and suggests the insertion of other occupational categories in childbirth assistance [46]. The active incorporation of obstetrics nurses, midwives, perinatal educators, psychologists, and doulas, among others, into the assistance team enables the completeness of the assistance to the woman [41]. The need to improve communication within the multidisciplinary team must be emphasized, which was also evidenced in specialized maternity hospitals in Canada [4].

The importance of training on the job was reported by the nurses from both maternity hospitals and was evidenced in another study that showed contributions to the quality of women's care and promoted the professional training for childbirth assistance [45].

The results of this study may contribute to the development of future research on nurse's practice regarding childbirth assistance. This work evidences information for professionals and managers to discuss the management model at maternity

hospitals. Furthermore it provides insight on facilities and difficulties nurses may encounter in their everyday activities at maternity wards.

Conclusions

Nurses understand the concept of humanization of childbirth assistance, however, not all the humanization practices that came be enforced in the country as per international recommendations have been implemented for the humanization of assistance to future mothers. Besides, such understanding was different in both maternity hospitals. The role of the nurse at maternity hospital A is directed only to the prepartum, postpartum and bureaucratic tasks. While, at maternity hospital B, it is focused on the assistance to labor, childbirth and the puerperium.

The two maternity wards have a physical structure that is suitable for the practice of humanization. Participants suggest an improvement of continuous training, better communication among professionals, appreciation for the nurse's work, and a better articulation of the multidisciplinary actions. The study recommends the correct use of PPP rooms, respect for the privacy of women in labor, and highlights the importance of training the professionals of the Obstetrics Center.

Abbreviations

Unicamp: Universidade Estadual de Campinas (State University of Campinas); Unifor: Universidade de Fortaleza (University of Fortaleza); SUS: Sistema Único de Saúde (Unified Health System); MS: Ministério da Saúde (Ministry of Health); PHPN: Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Antenatal and Birth Humanization Program); CO: Centro Obstétrico (Obstetric Center); PPP: pré-parto, parto e pós-parto (Birthing Room); IHAC: Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (Baby-friendly Hospital Initiative).

Ethics approval

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Medical Sciences College of the State University of Campinas (Unicamp) with approval No.: 238100614.0.0000.5404.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and material

The datasets used and/or analysed during the current study available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

No conflict of interest has been declared by the author (s).

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

HMFJ and MYM contributed on the design, data collection, analysis and writing of the paper. RMS contributed with the writing of the paper.

Acknowledgements

We thank the nurses from the maternity hospitals where the research was conducted for having contributed to the present study.

Authors' information

^{1,3} Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil.

^{1,2} Public Health and Nursing Graduate Program, University of Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brazil.

References

1. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública.* 2011;45(1): 185-94.
2. Haddad SEMT, Cecati JG. Strategies directed to professionals for reducing unnecessary cesarean sections in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(5):252-62.
3. Cavallaro FL, Cresswell JÁ, Ronsmans C. Obstetricians' Opinions of the Optimal Caesarean Rate: A Global Survey. *PLOS ONE.* 2016;11(13): 1-14.
4. Behruzi R, Hatem M, L Goulet, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Womens Health.* 2011; 11(53): 2-15.
5. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Misago MRR. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010; 10(25): 2-18.
6. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. *Ciênc. cuid. saúde.* 2011; 10(3): 541-48.
7. Osis MJ, Cecatti JG, Faúndes KSPA. Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(2):233-9.
8. Lee HC, Powers RJ, Bennett MV, Finer NN, Halamek LP, Nisbet C et al. Implementation Methods for Delivery Room Management: A Quality Improvement Comparison Study. *Pediatrics.* 2014; 134(5): 1378-86.
9. Cortés SM, Barranco DA, Jordana MC, Roche MEM. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(3): 520-26.
10. Edmonds JK, Jones EJ. Intra partum nurses' perceived influence on delivery mode decisions and outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013; 42(1): 3-11.
11. Rashidi FF, Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The effect of aromatherapy by essential oil of orange on anxiety during labor: A randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(6): 661-4.
12. Maria LM, Campero L, Vidler M, Walker D. Non-physician providers of obstetric care in Mexico: Perspectives of physicians, obstetric nurses and professional midwives. *Human Resources for Health.* 2012; 10(6):1-9.
13. Essendi H, Mills S, Fotso JC. Barriers to Formal Emergency Obstetric Care Services' Utilization. *J Urban Health.* 2011; 88(2): 356-69.
14. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013; 13(205):1-10.
15. Jorge HMF, Makuch MY. Nursing Training and Practice on Humanization Actions in Monitoring the Delivery in Brazil. *International Archives of Medicine.* 2016; 9(1): 1-12.
16. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* 2010;12(2): 109-114.
17. OMS (Organização Mundial da Saúde). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.* Genebra; 1996. (Publicação OMS/SRF/MSM/96.24).

18. Ministério da Saúde (BR). Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. http://abenfosp.com.br/mt/humanizacao_parto.pdf. Acessado em 10 de maio de 2015
19. Ministério da Saúde (BR). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011: Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. http://www.lex.com.br/doc_21606044_PORTARIA_N_1459_DE_24_DE_JUNHO_DE_2011.aspx. Acessado em 15 de abril de 2015.
20. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM. Relatório Anual de Atividades CTA/CAISM. 2015. http://www.caism.unicamp.br/templates/shaper_pheonix/PDF/Relatorio_Anual_CTA_2015.pdf. Acessado em 16 de novembro de 2015.
21. Maternidade Escola Assis Chateabriand. Produção Assistencial Ano / 2015. 2015. <http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/0/Relat%C3%B3rio+MEAC+2015+final.pdf/389f7aa6-2c8a-42cd-8550-59ba2297733f>. Acessado em 16 de novembro de 2015.
22. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA. Sage Publications; 2002.
23. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórica epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
24. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
25. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
26. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura P et al. Intervenções Obstétricas durante o trabalho de parto e parto em maternidades brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública. 2014; 30:17-32.
27. Dehcheshmeh FS, Rafiei H. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. Complement Ther Clin Pract. 2015; 21(4): 229-32.
28. Taavoni S, Sheikhan F, Abdolahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. Complement Ther Clin Pract. 2016; 24: 99-102.
29. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta Paul Enferm. 2011; 24(5): 656-62.
30. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. Medicine, Health Care and Philosophy. 2010;13(1):49-58.
31. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução 339/2008 normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos centros de parto normal e/ou casas de parto e dá outras providências. http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen-3392008_4364.html. Acesso em 05 de maio 2015.

32. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Inquérito da Pesquisa Nascer no Brasil. 2012.<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acessado em 05 de maio de 2015.
33. Silva TF, Costa GAB, Pereira ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(1):82-7.
34. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health* 2012;9(15): 1-8.
35. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-ppp de um hospital universitário. *Ciênc. cuid. saúde.* 2011;10(3): 541-48.
36. Resolução-RDC número 36, de 3 de Junho de 2008. Publicada no Diário Oficial número 105, Seção 1, de 4 de Junho de 2008. <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/57843703/dou-secao-1-15-08-2013-pg-50>. Acessado em 13 de maio de 2015.
37. Bittencourt SADA, Domingues RMSM, Reis LGC, Ramos MM, Leal MC. Adequacy Of Public Maternal Care Services In Brazil. *Reproductive Health.* 2016;13(1):257-265.
38. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura P, Marcos CLM. Factors Associated With Cesarean Delivery During Labor In Primiparous Women Assisted In The Brazilian Public Health System: Data From A National Survey. *Reproductive Health.* 2016;13(3):175-265.
39. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
40. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; Doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
41. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub2
42. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(37): 589-99.
43. Pasche DF, Vilela MEA, Giovanni M, Almeida PVB, Franco Netto TL. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulgação em saúde para debate.* 2014; (52): 54-7.
44. Martinelli KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2014;36(2):56-64.
45. Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(11): 4457-66.
46. Andrade MAC, Lima JBMC. Obstetric and neonatal models we defend and with which we work. *Caderno Humaniza SUS.* 2014; 4(1):20-46.

Table I: Characteristics of study participants

Characteristics	Maternity hospital (A)	Maternity hospital (B)
Age		
25-35	5	5
36-41	0	1
42-47	0	1
48-53	0	1
54-59	1	1
Skin Color		
White	2	3
Bi-racial	3	5
Black	1	1
Marital Status		
Single	2	2
Married	4	6
Divorced	0	1
Time working at the maternity		
1 – 5	3	4
6 - 10	1	2
11 - 20	1	1
21 - 25	0	1
30 - 40	1	1

Source: Research participants

TABLE II: Summary of advantages, difficulties, and suggestions in the implementation of practices for the humanization of delivery: nurses' perceptions.

Topic	Maternity Hospitals A and B	Maternity Hospital A	Maternity Hospital B
<i>Advantages</i>	Good physical structure	Mission of the institutions regarding humanization	Liquid diet for women in labor
	Birth rooms		Chair favoring vertical position
	Update courses		Labor analgesia when needed
<i>Difficulties</i>	Shortage of nurses	Lack of articulated teamwork	Overcrowding Insufficient beds
	Excessive vaginal examination	Inadequate use of birthing rooms	
	Too many professionals during the procedures	Little job performance of nurses Daytime training only	
<i>Suggestions</i>		Adequate use of birthing rooms	Provision of aromatherapy and music therapy
		Presence of the companion in the post-anesthesia care unit	- Birthing tub
		Enhance nurse's performance	Parturient privacy
		Improve intra-team communication	

Source: Research participants

5 DISCUSSÃO GERAL

Os resultados deste estudo foram discutidos com ênfase nos aspectos históricos do ensino de Enfermagem no Brasil sobre as práticas de humanização com gestantes e parturientes. Outro aspecto relevante nesta discussão consiste na compreensão da perspectiva e da prática do enfermeiro em maternidades terciárias, com base nas políticas públicas que recomendam a humanização da assistência e os modelos de gestão em saúde. Os resultados em análise buscam redirecionar e ampliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro para o cuidado humanizado.

A qualidade da assistência do enfermeiro está intrinsecamente relacionada à formação do profissional. A Enfermagem brasileira nasceu atrelada ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa e não à saúde pública (64). A legislação sobre o ensino de enfermagem, desde a criação da Escola Anna Nery, mostra que a formação do enfermeiro era centrada na tríade indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, de acordo com as exigências do mercado de trabalho específico de cada época (65).

As mudanças curriculares no ensino de Enfermagem no Brasil contestam a predominância do modelo médico/hospitalar no ensino de graduação (66). Desde a década passada, o ensino de Enfermagem vem passando por transformações centradas nos avanços sociais, político e ético, com a presença de novas estratégias de aprendizagem que visam ampliar o diálogo, a participação do aluno e promover a aprendizagem libertadora (67). E, mais recentemente, estudo realizado no Sudeste Asiático lançou a proposta de internacionalização do currículo de Enfermagem em obstetrícia, considerando o contexto cultural de cada país e a necessidade de envolver os alunos na elaboração do currículo (68).

As questões do ensino direcionadas à assistência de enfermagem às gestantes e parturientes analisadas neste estudo apontam para incipiência na formação acadêmica de enfermeiros para realização do parto vaginal (69). O ensino de Enfermagem é direcionado ao ciclo gravídico e puerperal, na atuação do enfermeiro no parto no período expulsivo (70,71). Logo, são necessárias as mudanças no ensino para se discutir o cuidado humanizado com os discentes (72).

O termo “humanização” é polissêmico, admitindo diferentes significações (28). “Humanizar”, na área de saúde, consiste na valorização da qualidade do cuidado, do respeito aos direitos do paciente, da subjetividade, da cultura e da

valorização do profissional e do diálogo multidisciplinar (73). “Humanizar” implica mudanças de atitudes e rotinas, no intuito de tornar o momento do nascimento menos medicalizado possível, com uso de práticas assistenciais que garantam a integridade física e emocional (74).

Desde 1996, já havia críticas ao número excessivo de intervenções no parto (4). No ano 2000, a proposta de humanização da assistência foi discutida e incluída na política pública federal (17). Experiências em diversas regiões do Brasil, na tentativa de mostrar outros modelos de atenção ao parto, foram documentadas, a exemplo do Caldeyro-Barcia, no Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP/OPAS/ OMS), de Galba de Araújo (Ceará), Moisés e Cláudio Paciornik (Paraná), Hugo Sabatino, no Grupo de Parto Alternativo na Universidade Estadual de Campinas (São Paulo), e das ações de humanização realizadas no Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte), dentre outras (75).

Dentre os acontecimentos importantes, na tentativa de humanizar o atendimento à gestante e à parturiente, tem-se a publicação da Portaria 2815/1998, que recomenda a remuneração do enfermeiro no atendimento ao parto eutócico (76). O investimento para realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica), mediante a pactuação de convênio de cinco anos, para que os enfermeiros do Brasil vivenciassem experiências em casas de parto no Japão; a partir de 2003, convênio com o Hospital Sofia Feldman instituiu o Programa de Doulas Voluntárias Comunitárias (17).

A ocorrência do nascimento em dois hospitais universitários da Espanha um que seguiu o modelo humanizado e o outro o modelo biomédico, evidenciaram que o modelo humanizado ofereceu melhores resultados obstétricos e índices de satisfação das mulheres durante o trabalho, o nascimento e o período pós-parto imediato (77).

Apesar do Ministério da Saúde considerar que a hospitalização foi responsável, em grande parte, pela queda da mortalidade materna e neonatal nos últimos anos, o local de nascimento transformou-se em um evento técnico e medicalizado, tornando-se desconhecido e amedrontador para parturientes e mais conveniente para profissionais de saúde (78). Estudos têm recomendado o uso de propostas alternativas envolvendo enfermeiros, obstetrias, médicos, educadores,

doulas, dentre outros profissionais, para favorecer um nascimento mais humanizado (79,80).

A perspectiva do enfermeiro relatada neste estudo sobre a humanização do pré-natal e parto condiz com as políticas públicas de humanização (29). O tempo de atuação dos profissionais, nas respectivas funções, compete à experiência pessoal, ao profissionalismo e à qualidade da assistência prestada. Há semelhança na definição do conceito de humanização relatada pelos profissionais de ambas as instituições ao mencionarem o acolhimento da gestante, o incentivo da presença do acompanhante de escolha e as orientações sobre o uso de métodos não farmacológicos tanto na gestação quanto durante o trabalho de parto. Estudo realizado no Mato Grosso mostrou resultados semelhantes, em que os profissionais consideraram a humanização um processo de assistência que inicia no pré-parto e permite a presença do acompanhante (81).

As orientações em grupos e individualmente, realizadas por enfermeiros das duas maternidades, remetem a resultados de estudos que constataram benefícios perinatais decorrentes da abordagem em grupo, se comparada com a individual. Pode ser uma intervenção eficaz e segura para diminuir admissão hospitalar das gestantes em fase latente do trabalho de parto e tem sido associada aos atendimentos individuais, além de fornecer suporte físico e emocional para mulheres, por meio do conhecimento e da habilidade dos profissionais (82,83).

A prática do enfermeiro para a assistência humanizada no pré-natal, no parto e no puerpério deste estudo condiz com algumas ações do cuidado humanizado recomendado pelas políticas públicas do Brasil. Na maternidade B, o enfermeiro tem autonomia para realizar assistência direta e integral à parturiente, enquanto na maternidade A, o enfermeiro tem limitações de ações para a assistência ao parto. Estudo sobre satisfação de enfermeiros que trabalham em hospitais universitários mostrou que a escassez de autonomia e a insegurança para realizar ações assistenciais são fatores de insatisfação com o ambiente de trabalho (84). Afirma-se, deste modo, que a autonomia profissional está diretamente relacionada à independência e liberdade na tomada de decisões diante das atividades diárias (85).

Para o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), mediante a publicação da Resolução nº 0477/2015, o enfermeiro obstetra é o profissional responsável por prestar assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido,

acompanhar a evolução do trabalho de parto e realizar o parto normal sem distorcia, dentre outras atribuições (31).

Enquanto internacionalmente o profissional de enfermagem que realiza assistência ao parto pode ser reconhecido como *obstetriz (Midwives)*, pessoa regularmente admitida em programa educacional de obstetrícia e que adquiriu os requisitos de qualificação para ser registrada ou legalmente licenciada para exercer a obstetrícia; *enfermeira obstétrica (Nurse Midwife)*, responsável por exercer todas as atribuições de enfermeira e de obstetriz; e a *parteira tradicional (Traditional Birth Attendant)*, que assiste a mãe durante o parto e que, inicialmente, adquiriu habilidades no atendimento solitário da parturiente ou como aprendiz de outra parteira tradicional (86,87).

Diante das recomendações propostas pelas políticas de saúde do País, que recomenda a atuação do enfermeiro obstetra no cuidado à parturiente, desde o pré-natal à assistência ao parto e ao puerpério (12), emergiu a seguinte indagação: por que a prática do enfermeiro é distinta em maternidades terciárias que teoricamente apresentam o mesmo perfil assistencial? Este questionamento permite pensar que estamos diante de uma recomendação nacional única acerca da assistência ao parto humanizado preconizado desde os anos de 2000 e dos diferentes espaços de atuação do enfermeiro em duas maternidades de ensino, vinculadas a universidades públicas e que dispõe do atendimento à gestação de alto e baixo risco.

Agrega-se a essa reflexão o fato de que a assistência ao parto no Brasil, salvo exceções na região Norte e outras regiões interioranas do país, ser essencialmente institucional, realizada, sobretudo em hospitais, assistidos por profissionais habilitados, entre os quais, em maioria, por médicos. Este fenômeno tem sido complexo e desafiador, pois informa que maior acesso à tecnologia, aos insumos e equipamentos biomédicos, maior presença de profissionais de saúde e formulações normativas não garantem a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materno-infantil (9).

O que está posto convida a analisar o campo das práticas de saúde e os modelos de gestão das maternidades em estudo. O modelo de gestão é produto do subsistema institucional e representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor. A gestão e a atenção em saúde devem seguir o mesmo

direcionamento, e as mudanças nas práticas dependem e são recomendadas pelos processos de gestão dos serviços (88,9).

Para implementação das estratégias de humanização no pré-natal, houve apoio da gestão de enfermagem nas duas maternidades. Contudo, na assistência obstétrica, os profissionais da maternidade B tiveram o apoio da gestão de enfermagem, médica e da instituição, enquanto na maternidade A, o apoio foi somente da gestão de enfermagem. Ressalta-se que o apoio da gestão é fruto da cultura da organização de cada instituição e, apesar das mudanças no campo da gestão que recomendam um modelo de gestão participativa (89), o tipo de organização dos serviços não está garantindo a articulação das ações intersetoriais eficazes, no sentido de oferecer assistência digna, respeitosa, com qualidade, acolhimento e vínculo (90).

A política interna das instituições para direcionar as práticas de humanização do enfermeiro baseou-se na Iniciativa do Hospital Amigo da Criança na maternidade A e na Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha), na maternidade B. A prática do enfermeiro há de se articular com as dimensões política e técnica do fazer, para que a gestão do cuidado de constitua em reflexão-ação. Neste contexto, emerge a gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde, que consiste na disponibilidade das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades de cada pessoa, com foco na segurança e na autonomia da mulher (90), implica organização das práticas para promover a autonomia, a centralidade dos usuários e a consolidação do cuidado em Redes de Atenção à Saúde (91).

A proposta do Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – o Humaniza SUS –, propõe enfrentar o desafio de priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada de gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS (92). Diante dos relatos dos profissionais da maternidade B que apontam para a organização da instituição centrada no modelo proposto pela Rede Cegonha, ainda há fragilidades do sistema para garantia do local de parto para as gestantes atendidas no pré-natal de alto risco desta instituição.

Na perspectiva da humanização, são inúmeros os desafios enfrentados pelas instituições de saúde, dos quais destaca-se a fragilidade dos gestores e do sistema de saúde em garantir a satisfação aos trabalhadores, estes que enfrentam elevadas jornadas de trabalho, má remuneração e desvalorização profissional (92).

Tais dificuldades foram discutidas no primeiro estudo desta tese, que apontou para necessidade de valorização na formação dos profissionais (93), e foram evidenciadas em estudos que retrataram obstáculos semelhantes para realização das práticas de humanização no pré-natal de alto risco e no centro obstétrico.

Foram identificados fatores institucionais que interferiram nas ações de humanização do pré-natal de alto risco, como a pouca articulação dos profissionais, a fragilidade na intersectorialidade, as falhas no processo de comunicação entre os profissionais, a incipiência de reuniões para discussão das práticas assistenciais e os protocolos para melhorar a assistência.

Diante das dificuldades, recomenda-se a inserção de um modelo de gestão que valorize a equipe de enfermagem por meio do diálogo, do reconhecimento, da criação de programas de educação continuada, com enfoque no desenvolvimento pessoal e profissional, melhoria nas condições de trabalho e sistema eficaz de comunicação interna (94).

A satisfação dos profissionais quanto à estrutura física das duas maternidades está de acordo com as recomendações da OMS (4) e facilita a adoção das práticas de humanização no ambulatório de pré-natal e no centro obstétrico, estas que também foram reportadas no estudo de Alvarenga (94) como práticas contribuintes para satisfação e motivação dos profissionais.

Estudos mostram o quanto a estrutura física da instituição pode interferir na assistência dos profissionais, pois o ambiente individual para a parturiente permite a presença e a participação do acompanhante durante o trabalho de parto e proporcionam assistência mais favorável, enquanto os modelos de assistência que disponibilizaram o ambiente compartilhado para várias parturientes foram considerados barreiras para a assistência humanizada (44). Dentre as dificuldades relacionadas com as decisões dos profissionais sobre a inserção do acompanhante no cenário do nascimento, a falta de estrutura organizacional da instituição deve ser considerada (95).

As sugestões dos profissionais para o investimento em capacitação sobre humanização relacionam-se com resultados de pesquisas que evidenciaram a precariedade da formação do enfermeiro e da falta de liberação dos profissionais durante o horário de trabalho para participar das capacitações ofertadas pelo serviço (96).

Para enfrentar os desafios da humanização da assistência desde o pré-natal ao trabalho de parto, parto e puerpério, faz-se necessário pensar por várias vertentes. As políticas públicas para a garantia da qualidade, com ênfase na humanização, permitiram crescentes mudanças no campo de atuação do enfermeiro. Este que, apesar de enfrentar disputas de poder no campo de prática, da pouca autonomia para a tomada de decisões, dos modelos de gestão das instituições de saúde que nem sempre incentivam a atuação do enfermeiro, da pouca remuneração, dentre outros aspectos, vem ganhando espaço dentro da obstetrícia, e sua prática favorece a humanização do parto e do nascimento.

Este trabalho pode contribuir para reflexão da equipe multidisciplinar, da gestão institucional e dos docentes acerca das ações de humanização da assistência à gestação, ao parto e ao puerpério e, sobretudo, da necessidade de ampliação do debate sobre o cuidado humanizado desde o processo de formação na graduação e na pós-graduação e dos benefícios decorrentes da prática do enfermeiro. Além disso, pode fornecer subsídios para discutir sobre o modelo de gestão adotado pelas instituições de saúde, a necessidade dos profissionais conhecerem em profundidade as recomendações das Políticas Públicas de Humanização vigentes no Brasil e a importância da capacitação dos profissionais para a realização de práticas de humanização.

6 CONCLUSÕES

A revisão integrativa da literatura evidenciou a incipiência das ações de humanização no ensino de enfermagem e a limitação da atuação do enfermeiro decorrente das precárias condições de trabalho, do modelo biomédico presente nas instituições e dos fatores socioculturais.

Os resultados deste estudo mostram que os enfermeiros compreendem o conceito de humanização do pré-natal e do parto. As práticas de humanização do pré-natal em comum nas duas maternidades foram o acolhimento, a assistência individualizada e o vínculo com a gestante; e as práticas de assistência ao parto foram distintas nas duas maternidades.

Os enfermeiros atuantes no pré-natal sugeriram a melhoria da comunicação da equipe, dos materiais educativos e da implantação de uma política interna das instituições para direcionar as ações de humanização; e do centro obstétrico relataram a necessidade de capacitação contínua e valorização do enfermeiro. As facilidades apontadas pelos profissionais das duas maternidades para as práticas de humanização do pré-natal e do parto foram a estrutura física adequada, as visitas guiadas no centro obstétrico, o trabalho multidisciplinar e o acesso a informações. No centro obstétrico, as dificuldades para a prática de humanização foram a insuficiência de enfermeiros, a pouca articulação das ações multidisciplinares e o uso inadequado das salas PPP.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
- (2). Ministério da Saúde (BR). Manual Prática para Implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- (3). Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13(205):1-10.
- (4). Behruzi R; Hatem M; Goulet L; Fraser W; Leduc N; Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos*. 2010, 13(1): 49-58.
- (5). Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov; 75 (Suppl 1): 25-37.
- (6). Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OECD. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- (7). Cavallaro FL; Cresswell JÁ; Ronsmans C. Obstetricians' Opinions of the Optimal Caesarean Rate: A Global Survey. *PLOS ONE*. 2016. DOI:10.1371.
- (8). Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(Suppl 1): 595-602.
- (9). Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl.1): S192-207.
- (10). Andrade MAC. Rede Cegonha: modo inovador e efetivo de construção coletiva das mudanças nas práticas de saúde. Ministério da Saúde (BR). Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- (11). Sodré, T.M.; Lacerda, R.A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.41, n.1, p.82-9, 2007.
- (12). Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010; 4(4): 105-17.
- (13). Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Ver*. 2011 Feb 16; (2): CD003766.

- (14). Sarah JL, Wendy AHMC, Klein STW. Factors associated with differences in canadian perinatal nurses' attitudes toward birth practices. *JOGNN*. 2012; 41(6): 761-
- (15). Ng L, Eley R, Tuckett A: Exploring factors affecting registered nurses' pursuit of postgraduate education in Australia. *Nurs Health Sci*. 2016 May 19.
- (16). Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Womens Health*. 2011; 11(53): 2-15.
- (17). Essendi H, Mills S, Fotso JC. Barriers to Formal Emergency Obstetric Care Services' Utilization. *J Urban Health*. 2011 Jun; 88(2): 356-69.
- (18). Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução 339/2008 normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos centros de parto normal e/ou casas de parto e dá outras providências. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen-3392008_4364.html. Acesso em: 05 mai 2013.
- (19). Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):257-63.
- (20). Porfírio AB, Progianti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev. Eletr. Enf*. 2010;12(2):331-6.
- (21). Progianti JM, Porfírio AB, Pereira ALF. Capacitação de enfermeiras no japão: contribuição para a implantação da casa de parto no rio de janeiro. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):193-200.
- (22). Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwaldet CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011;32-46.
- (23). Gomes ML, Moura MA. Modelo humanizado de atenção ao parto no brasil: evidências na produção científica. *Rev. Enfermagem*. 2012; 20(2): 248-53.
- (24). Domingues RMS, Viellas EF, Dias MAB, Torres JT, Filha MM, Gama SGN, Carmo LM. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2015; 37:140-147.
- (25). Brüggemann OM, Monticelli M, Fernande VB, Boing AF, Olkner CV, Koettker JG. A filosofia assistencial de uma maternidade pública do sul do país sob o olhar de sua equipe profissional. *Rev Bras Enfermagem*. 2011; 64(1): 123-29.
- (26). Carvalho VC, Nalú PCK, Josefina B, Bruna GG, Eloisa FR et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(1): 30-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100004&script=sci_arttext.

- (27). Rabelo LR, Oliveira DL. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2010; 44(1): 213-20.
- (28). Costa AANM, Schirmer J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil: da proposta à operacionalização. Esc. Anna Nery [online]. 2012; 16(2):332-339.
- (29). Glenton C, Colvin CJ, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J et al. Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev, 2013 Oct 8; (10): CD010414.
- (30). BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf
- (31). Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014Feb;36(2): 56-64.
- (32). Navarro L, Pena R. A política nacional de humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. Revista de Psicologia da UNESP. 2013; 12(1):64-73.
- (33). Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.
- (34). Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Saúde Pública. 2008; 42(2): 383-387.
- (35). Denzin NK, Lincoln Y. Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2 ed. Porto Alegre. ARTMED; 2006. 432p. v1.
- (36). Patton M.Q. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.
- (37). Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
- (38). Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM. Relatório Anual de Atividades CTA/CAISM. 2015. Disponível: http://www.caism.unicamp.br/templates/shaper_pheonix/PDF/Relatorio_Anual_CTA_2015.pdf
- (39). Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Dimensionamento dos serviços Assistenciais da Maternidade Escola Assis chateaubriand da universidade federal do CEARÁ/UFC. 2015. Disponível:

http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101138/dimensionamento_de_servicos_meac_ufc.pdf/f9363140-9fc6-4d43-87be-5cf0fd21870e

(40). Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas,.Petrópolis: Vozes, 2003.

(41). Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

(42). Kvale, Steinar. InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing. SagePublications, Thousand Oaks California. 1996.

(43). Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

(45). Ito EE; Peres AM; Takahashi RT; Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):570-5.

(46). Teixeira E; Vale EG; Fernandes JD; Sordi MRL. Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 479-87.

(47). Silva RM; Gurgel AH; Moura ERF. Ética no processo ensino-aprendizagem em enfermagem obstétrica. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(1):28-36.

(48). Abdul-Mumin KH. The process of internationalization of the nursing and midwifery curriculum: A qualitative study. Nurse Educ Today. 2016 Nov;46:139-145.

(49). Castro JC, Clapis JM. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Lat Am Enferm. 2005; 13(6):960-970.

(50). Rocha TA, Bonilha ALL. Formação das enfermeiras para a parturição: implantação de um hospital universitário na década de 80. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 dez; 12(4): 651-57.

(51). Tyrrel MAR, Santos AEV, César EAJ, Lucas F. Ensino de Enfermagem Obstétrica no Brasil: (des) acertos 1972-1996. Rev. bras. enferm. 2005;58(6):677-681.

(52). Rolim KMC, Campos ACS, Cardoso MVLM L, Silva RM. Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem. Rev. RENE. 2004;5(2):79-85.

(53). Rattner D, Jones RH, Diniz SG, Beltrão RS, Lopes AFC, Lopes TC, Santos SM. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. Caderno Humaniza SUS, 2014.

(54). Edmonds JK¹, Jones EJ. Intrapartum nurses' perceived influence on delivery mode decisions and outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013 Jan-Feb;42(1):3-11.

- (55). Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 1996; 1: 1-93.
- (56). ReHuNa. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Carta de Campinas, 1993. (Mimeogr).
- (57). BRASIL. Portaria GM/MS n.2815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jun. 1998b. Seção I, p.47.
- (58). Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 2016 Aug 26;6(8).
- (59). Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 2003.
- (60). Silva RM; Barros NF; Jorge HMF; Melo LPT; Junior ARF. Qualitative evidence of monitoring by doulas during labor and childbirth. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2783-2794, 2012.
- (61). Silva RM; Barros NF; Jorge HMF; Junior ARF; Matsue RY. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saúde soc. vol.25 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2016*.
- (62). Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):479-86*.
- (63). Tilden EL, Emeis CL, Caughey AB, Weinstein SR, Futernick SB, Lee CS. The Influence of Group Versus Individual Prenatal Care on Phase of Labor at Hospital Admission. *J obstetrícia Saúde da Mulher*. 2016 julho; 61 (4): 427-34.
- (64). Gennaro S , Melnyk BM, O'Connor C, Gibeau AM, Nadel E. Improving Prenatal Care for Minority Women. *MCN Am J Matern Criança Nurs*. 2016 May-Jun; 41 (3): 147-53.
- (65). Andrade MAC, Barros SMM, Maciel NP, Sodr e F, Lima RCD. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema  nico de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*; 2014, vol.18, n.1.
- (66). KURCGANT, P. Coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- (67). Blais, Régis, Maheux B, Lambert J, Loiselle J, Gauthier N, Framarin A. "Midwifery Defined by Physicians, Nurses and Midwives: the Birth of a Consensus." *Canadian Medical Association*, v. 150, n. 5, Mar. 1994. p. 691-697.
- (68). Klein, MC. "The Midwife Dossier: Cooperation or Competition?" /Editorial/ *Canadian Medical Association*; 1994, v. 150, n. 5, Mar.. p. 657-660.

- (69). Rates SMM, Campos GWS. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: Araújo GF, Rates SMM. Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma; 2008. Política nacional de humanização estratégica (Brasil, 2004).
- (70). Medeiros AC, Pereira QL Castro, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Participative management in permanent health education: view of the nurses. Rev. bras. Enferm; 2010, vol.63,n.1.
- (71). Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011 June;15(37): 589-99.
- (72). Jorge MSB, Leitão IMTA, Sousa FSP, Brilhante APCR, Oliveira ACS. Gestão em saúde: modelos, desafios e possibilidades. In: Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde. Org: Silva RM, Jorge MSB, Junior AGS. EdUECE. Fortaleza, 2015.
- (73). Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: gestão participativa e co-gestão. Brasília, 2008.
- (74). Jorge, HMF; Makuch, MY. Nursing Training and Practice on Humanization Actions in Monitoring the Delivery in Brazil. International Archives of Medicine. 2016; 9(1): 1-12.
- (75). Alvarenga, CG; Oliveira, ESF; Barbosa, MA; Teixeira RAG. Satisfação profissional de enfermeiros em um hospital universitário. In: Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde. Org: SILVA RM; JORGE MS; JUNIOR AGS; EdUECE, Fortaleza, 2015.
- (76). Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. Texto contexto - enferm.[Internet]. 2014; v.23,n.2,p.270-277.
- (77). Sacramento MTP, Tyrrell MARI. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. R Enferm UERJ. 2006; 14(3):425-33.

APÊNDICE

8.1 APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Significados e práticas da assistência ao parto humanizado para profissionais de enfermagem de Hospitais Escola: um estudo qualitativo

Responsável pela pesquisa: Herla Maria Furtado Jorge

Número do CAAE: 238100614.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Este estudo tem como objetivo estudar a perspectiva e prática dos profissionais de enfermagem em relação às ações de humanização da assistência a gestação e parto. A justificativa deste estudo pauta-se na necessidade de dar voz aos profissionais de enfermagem que atuam na docência, assistência pré-natal e assistência ao parto sobre as questões relacionadas à humanização do parto.

Procedimentos:

Você está sendo convidado a participar de uma entrevista que será realizada em um ambiente privado, se você autoriza a mesma será gravada em áudio e direcionada por um roteiro contendo questões sobre a sua perspectiva e atuação profissional no seu lugar de trabalho em relação à humanização do atendimento a gestantes e parturientes. A entrevista terá uma duração média de 40 minutos a 1h.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo caso sinta algum constrangimento e/ou desconforto ao responder ou falar sobre os temas propostos durante a entrevista e poderá recusar responder perguntas, falar sobre algum assunto que você não deseje ou desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Benefícios:

A sua participação irá contribuir para aprofundar o conhecimento sobre as perspectivas e ações dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência e docência na área de atendimento humanizado, na gestação e parto e na elaboração de estratégias voltadas para a capacitação destes profissionais no atendimento ao parto humanizado.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento:

A entrevista será realizada durante o horário de trabalho do participante e caso não seja possível o entrevistador irá se deslocar, arcando com todos os custos, até o local de preferência do participante.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Herla Maria Furtado Jorge, com endereço profissional na Universidade de Fortaleza – UNIFOR (Centro de Ciências da Saúde), 1321, Edson Queiroz, CEP 60.811-905, Fortaleza-CE, Brasil. Fone 55 (0**85) 3477-3000 / FAX 55 (0**85) 3477-3055 / Cel. (085) 9686-5885 ou via e-mail: herlafurtado@gmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretária do Núcleo de Estudos em Sade Reprodutiva (NESAR) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand com endereço na Rua: Coronel Nunes de Melo S/N – Rodolfo Teófilo – 60430-270. E-mail: nesar.meac@gmail.com

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: _____ Data: _____
 ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.
 (Assinatura do pesquisador)

8.2 APÊNDICE II - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Significados e práticas da assistência ao parto humanizado para profissionais de enfermagem de Hospitais Escola: um estudo qualitativo

Nome:

1. Idade:

2. Cor da pele autodefinidos:

() branco

() pardo

() negro

() outros

() mulato

3. Estado civil:

() solteiro

() união estável

() casado

() viúva/a

() divorciado

4. Religião:

() católica

() espírita

() protestante

() outras

5. Formação profissional:

6. Tempo de formada:

7. Realizou algum curso depois de formada:

() Sim

() Não

8. Alguns desses cursos abordaram temas de humanização ao atendimento na gestação e/ou parto?

() Sim

() Não

9. Ocupação atual:

10. Setor de trabalho:

() Pré-natal

() Centro Obstétrico

() Faculdade de Enfermagem

14. Carga horária semanal:

8.3 APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ENFERMEIROS QUE REALIZAM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Questão norteadora: Na sua opinião, em que consiste as ações de humanização no atendimento a gestante?

01. Há quanto tempo você trabalha na assistência pré-natal?

02. Como você começou a trabalhar nessa área? O que lhe motivou a trabalhar na área materno-infantil?

Agora vamos a falar sobre a humanização no atendimento ao pré-natal

03. Você realiza ou tem incorporado, no seu dia a dia, ações de assistência humanizada no atendimento as gestantes? Se sim, quais são as ações? Fale-me sobre cada uma das ações que você realiza. Você as realiza sempre? Fazem parte de sua rotina de trabalho? Se não, porque, em sua opinião, não foram incorporadas como parte da rotina?

04. Na a sua opinião, quais as ações de humanização que poderiam ser incorporadas na rotina da assistência pré-natal no seu serviço?

05. Você recebeu capacitação para desenvolver práticas de humanização no pré-natal uma vez que começou a trabalhar no CAISM ou MEAC? Se sim, quem realizou a capacitação? Quando? Quais os temas que foram trabalhados na capacitação? Quanto durou a capacitação?

06. Quais são as dificuldades para o desenvolvimento das ações de humanização ao atendimento no pré-natal?

07. Quais são as facilidades?

08. Você tem respaldo ou apoio no serviço para a realização dessas práticas? De quem?

09. Existe alguma política interna do hospital para incorporar as ações de humanização no atendimento as gestantes no pré-natal?

10- Você conhece as disposições preconizadas pelo MS sobre o atendimento humanizado durante o pré-natal, parto e puerpério? As ações que tendem a

humanizar o atendimento no seu serviço se direcionam pela política de humanização do MS? Como acontece essa incorporação?

11. *Agora vamos a falar sobre as ações que você realiza:* Você realiza grupos de gestantes para a preparação para o parto? Se sim, quais os temas são abordados? Quais as ações desenvolvidas (exercícios de respiração e relaxamento, meditação, exercícios na bola, alongamentos (solicitar que descreva os exercícios), autocuidado e cuidados com o bebê, importância do acompanhante, amamentação, sinais de trabalho de parto.

12. As atividades do grupo são articuladas com os demais membros da equipe (psicólogo, nutricionista, obstetra, fisioterapeuta) ou não? (Aprofundar: como são desenvolvidas e como se dá essa articulação)

13. Em sua opinião, qual o papel do enfermeiro na realização de uma assistência ao pré-natal humanizada?

14. Na abordagem individual com a gestante, você realiza ações educativas para a preparação para o parto? Se sim, quais as ações?

15. Os familiares das gestantes participam da consulta pré-natal? Se sim, quem participa com maior frequência?

16. Você informa as gestantes o local onde será realizado o parto? Se sim, você realiza visita com as gestantes ao local do parto? Quais as orientações fornecidas durante a visita?

17. Para você, em que consiste a violência institucional à mulher no pré-natal?

18. Você identifica a ocorrência de violência institucional no serviço de assistência pré-natal? Conte-me um pouco sobre isso?

19. Para você coordenador do setor, como se dá a organização do serviço para o desenvolvimento de práticas de humanização na gestação? Existem atividades de capacitação, sensibilização e atualização de práticas para a humanização no pré-natal? Se sim, quais as ações propostas?

8.4 APÊNDICE IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS QUE REALIZAM ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Questão norteadora: em sua opinião, em que consiste as ações de humanização no atendimento a mulher em trabalho de parto?

01. Há quanto tempo você trabalha na assistência obstétrica?

02. Como você começou a trabalhar nessa área? O que lhe motivou a trabalhar na área materno-infantil?

Agora vamos a falar um pouco sobre as ações de humanização no atendimento a parturiente

03. Você realiza ou tem incorporado ações de assistência humanizada no atendimento a parturiente? Se sim, fale-me um pouco sobre cada uma das ações que você realiza (controle não farmacológico da dor: posições, relaxamento, respirações, orientações as parturientes com analgesia, contenção da ansiedade, clampeamento do cordão, amamentação e cuidados imediatos com o recém-nascido, presença do acompanhante). Você as realiza sempre? Fazem parte de sua rotina de trabalho? Se não, por que não incorpora?

04. Você recebeu capacitação para desenvolver práticas de humanização no atendimento ao trabalho de parto e parto uma vez que começou a trabalhar no CAISM ou MEAC? (Se sim, quem realizou a capacitação? Quais os temas que foram trabalhados na capacitação? Quanto tempo durou a capacitação? Se buscou fora, quem ministrou?)

Agora vamos a falar sobre as ações que você realiza:

05. Você presta assistência ao parto? (Se sim, que tipo de tarefas que você desenvolve? Se não, porque você não faz?)

06. Todas as enfermeiras que trabalham com você no atendimento a parturiente realizam as mesmas ações?

07. Em sua opinião, quais as ações de humanização que poderiam ser incorporadas na assistência ao trabalho de parto?

08. Existe alguma política interna do hospital para incorporar as ações de humanização do parto? (Você conhece ou se direciona pela política de humanização)?
09. Você tem respaldo ou apoio no serviço para a realização de práticas de humanização do parto? (De quem? Como se dá esse apoio?)
10. Quais são as dificuldades para o desenvolvimento das práticas de humanização no trabalho de parto e parto? (O que você pode sugerir)?
11. E quais as facilidades?
12. A equipe de enfermagem tem alguma atuação para interferir na tomada de decisões para a prática da episiotomia? (Se sim, como isso acontece? Se não porque isso acontece)?
13. Você utiliza ou orienta o uso de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor? Se sim, quais? (Faz parte da rotina ou é um ocasional esse tipo de orientação? Você estimula e/ou orienta a adoção de posições verticalizadas ou confortáveis durante o trabalho de parto? Como você estimula)?
14. Você considera que existe acolhimento humanizado a parturiente no setor? (Se sim, como acontece o acolhimento)?
15. Você considera que a ambiência do setor é acolhedora e confortável para a adoção de práticas de humanização? (Por quê? Se não, o que você pode sugerir)?
16. As salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto) são favoráveis para adoção de práticas humanizadas no trabalho de parto? Se sim, por quê?
17. No serviço é realizado suporte emocional? E você como faz?
18. É liberada a presença do acompanhante no momento do trabalho de parto? (Se sim, quem pode entrar? Quais as orientações dadas ao acompanhante)?
19. Você considera que o setor dispõe de estrutura adequada para acolher o acompanhante? (O que tem disponível)?
20. As suas ações de humanização do parto são articuladas e apoiadas pelos demais membros da equipe? (Se sim, como se dá a articulação com as ações no pré-natal e puerpério)?

21. Você recebe visita das gestantes para conhecer o local do parto? (Se sim, conte-me um pouco da sua rotina).
22. Quais as práticas de humanização realizadas no puerpério imediato com a mulher e o recém-nascido? (Conte-me um pouco sobre a sua rotina diária).
23. Para você, em que consiste a violência obstétrica institucional à mulher?
24. Você identifica a ocorrência de violência obstétrica institucional no serviço? Conte-me um pouco sobre isso?
25. Para você coordenador do setor, como se dá a organização do serviço para o desenvolvimento de práticas de humanização do parto? Existem atividades de capacitação, sensibilização e atualização de práticas para a humanização no parto? Se sim, quais as ações propostas?

ANEXOS

9.1 ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significados e práticas da assistência ao parto humanizado para profissionais de enfermagem de um Hospital Escola: um estudo qualitativo

Pesquisador: HERLA MARIA FURTADO JORGE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38100614.0.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 923.073

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, no âmbito de uma tese de doutorado, que visa estudar a perspectiva e prática dos profissionais de enfermagem em relação às ações de humanização da assistência ao parto. O estudo será realizado no CAISM/UNICAMP através de entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas e posteriormente transcritas. O tamanho amostral aproximado é de 16 voluntários (10 enfermeiros que trabalham com assistência ao parto e 6 docentes da Faculdade de Enfermagem que ministram disciplinas na área materno-infantil). O estudo tem custo estimado em aproximadamente R\$ 16 mil.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar a perspectiva e prática dos profissionais enfermeiros em relação às ações de humanização da assistência a gestação e parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve o constrangimento como o único risco associado ao estudo. Neste caso, o participante seria excluído da entrevista. Não há benefícios diretos aos voluntários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considero a pesquisa adequada para realização em seres humanos. O projeto é sucinto e claro no

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 923.073

que diz respeito aos objetivos e metodologia em seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: 1) projeto de pesquisa, contendo todas as informações relacionadas à metodologia (incluindo o conteúdo da entrevista semi-estruturada); 2) parecer (favorável) do CAISM em relação ao estudo; 3) folha de rosto em nova versão legível, preenchida e assinada pela diretora do CAISM, onde o estudo será realizado; 4) termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no formato sugerido pelo CEP/UNICAMP, e de acordo com a legislação CNS-MS 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nesta nova versão a pesquisadora entregou uma versão legível da folha de rosto. Todos os outros documentos estão de acordo com a Resolução 466/12. O projeto é adequado para realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Gerardo **CEP:** 13.063-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 923.073

adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

CAMPINAS, 19 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Gerardo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

9.2 ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceitamos a pesquisadora Herla Maria Furtado Jorge, do Programa de Tocoginecologia, da Faculdade de Ciência Médicas, Universidade Estadual de Campinas, a desenvolver sua pesquisa de doutorado intitulada Significados e práticas da assistência ao parto humanizado para profissionais de enfermagem de hospitais escola: um estudo qualitativo, sob a orientação da Professora Maria Yolanda Makuch. No período de agosto de 2015 a dezembro de 2016 .

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedemos a anuência para seu desenvolvimento, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- ✓ O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
- ✓ A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- ✓ Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- ✓ No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Fortaleza, 30 de julho de 2015

pp/ *Marcelus Henrique L. P. Souza*
Renan Magalhães Montenegro Jr.
Gerente de Ensino e Pesquisa dos HUs UFC

Dr. Marcelus Henrique L. P. Souza
Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica
Hospitais Universitários - UFC

Campinas, 22 de maio de 2017

(iMed.Pub)

(Permissions Department)

(45 The Vineyard, Richmond London, TW10 6AS)

We are writing to you in order to obtain a permission to re-use material included in the following article published in International Archives of Medicine for inclusion in my Ph.D. thesis:

Jorge H.M.F; Makuch M.Y. Nursing Training and Practice on Humanization Actions in Monitoring the Delivery in Brazil. International Archives of Medicine, [S.l.], v. 9, aug. 2016. ISSN 1755-7682.

This thesis is for academic use only and it is not going to be used for commercial, advertising or promotion purposes. I am planning to make 1 printed copy of my thesis. This copy will be displayed at The University (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brazil) library. In addition, an eletronic version of the thesis will be made available at the University Thesis Database. Thank you very much in advance.

Best regards

Herla Maria Furtado Jorge

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil