

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

RENATA COSTA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE  
PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS**

MOSSORÓ  
2016

RENATA COSTA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Ana Cristina Arrais

MOSSORÓ  
2016

RENATA COSTA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS**

Monografia apresentada pela aluna Renata Costa Gonçalves do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

**Aprovada em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)  
ORIENTADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)  
MEMBRO

---

Enf. Me. Ilana Barros Gomes Medeiros  
MEMBRO

Ao meu maior tesouro, minha pérola preciosa: **Deus**, que até aqui me conduziu para a concretização da Sua vontade!

Aos que sempre acreditaram em mim, presentes do bom Deus: meus pais **Neto** e **Edione**, minha vó **Socorro**, meus irmãos **Franklin** e **Lucas**. Obrigada por fazerem parte da minha vida e desse processo, e serem instrumentos e presença de Deus.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, minha razão de existir, que manifestou Sua vontade na minha vida e me fez amá-la. Agradeço por toda Sua bondade e fidelidade que sempre me acompanharam e por me conduzir nos detalhes desta monografia. Agradeço ao Deus que até aqui me ajudou sempre com Seu braço forte, e que resistirei para testemunhar Seu poder e Seu amor. “Que poderei retribuir ao Senhor Deus por tudo aquilo que Ele fez em meu favor?...”.

Aos meus pais **Neto** e **Edione**, que acreditaram em mim e fizeram o possível e impossível para que eu pudesse seguir nessa caminhada com fé e confiança, o meu muito obrigada!

Aos meus irmãos **Franklin** e **Lucas**, que sempre cuidaram de mim com tanto amor e amizade. Os amo muito!

À minha querida e tão amada vó **Socorro**, que Deus me deu de presente e que me amou muito através dela. A ela que me criou, educou, amou, incentivou, ajudou, intercedeu, e que sempre esteve ao meu lado. Obrigada pelo exemplo e tamanho amor.

Aos meus queridos e amados amigos: **Ilana Barros, Viviane Oliveira, Pedro Emanuel, Alan Rodrigues, Fredhy Jorge, Maria Eliza, Mayara Maia, Yonara Mirelly, Luanna Freitas, Rafaela Costa**, e tantos outros que me acompanharam, e que eu pude contar tantas vezes ao longo desses anos. Com vocês partilhei de muitas alegrias, e foram vocês que enxugaram minhas lágrimas muitas vezes. Obrigada, porque sei que se alegram comigo, obrigada pelas orações, pela amizade e carinho. Vocês sempre farão parte da minha vida! Os amo demais!

À minha orientadora **Ana Cristina Arrais**, pela total confiança em mim e pela paciência. Obrigada por me acolher, pelos ensinamentos, por facilitar esse processo final da minha graduação.

À minha banca examinadora **Giselle Costa** e **Ilana Barros**, por aceitarem meu convite, pela presença fiel e pela disposição de em tudo me ajudar.

Aos meus professores da graduação, que compartilharam comigo seus conhecimentos e que muito me ensinaram. Muito obrigada!

Às amigas que fiz durante a graduação e que são verdadeiros tesouros na minha vida: **Sinthya, Larissa Macêdo, Larissa Galdino, Shayanne Moura**.

Obrigada pela partilha de vida, por viverem comigo a melhor graduação e pela amizade.

À **Izamara Luanna**, amiga e companheira em todas as horas, meu anjo da guarda na graduação, uma flor. Obrigada por tudo: pelos muitos sorrisos, por se doar, pelas angústias partilhadas, por seu grande exemplo para mim na enfermagem, por ter ajudado na construção do meu TCC, pelo zelo. Eterna gratidão.

À **Comunidade Católica Shalom**, via que me faz tocar o céu, me fazendo experimentar o amor de Deus cada dia da minha vida. Agradeço àqueles que foram minhas ovelhas no grupo de oração Kairós, presente que Deus me deu. Aos irmãos, pela intercessão. Às minhas autoridades, pelo zelo, paciência e cuidado. Obrigada porque faço parte dessa família.

À **FACENE**, que me acolheu e me proporcionou oportunidades de crescimento intelectual e pessoal.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação acadêmica e para a construção deste trabalho.

***“Ser enfermeiro é carregar a missão de olhar para o outro e dar tudo de si para que vidas sejam ajudadas”.***

***Autor desconhecido***

## RESUMO

A assistência de enfermagem prestada à mulher na evolução do trabalho de parto normal é de suma importância. Neste sentido, a pesquisa poderá fomentar benefícios para a sociedade e para o serviço de saúde. Objetivou-se de maneira geral avaliar a assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas. E como objetivos específicos: caracterizar o perfil das puérperas entrevistadas; verificar os aspectos positivos da assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal; identificar os aspectos negativos da assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. A mesma foi realizada no Hospital e Maternidade Almeida Castro e no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, no município de Mossoró-RN. Os locais de pesquisa foram escolhidos por serem maternidades referências na cidade e região. A população foi constituída pelas puérperas que vivenciaram o trabalho de parto normal, tendo como amostra 10 puérperas. Para alcançar o objetivo foi feito um roteiro de entrevista com a puérpera, cuja resposta foi gravada e posteriormente transcrita. O método de análise dos dados foi a categorização de Bardin. Inicialmente realizou-se uma visita aos locais da pesquisa para ter o contato com as diretoras dos respectivos locais para explicar os objetivos do trabalho, e em seguida conheceu-se o setor onde seriam coletados os dados. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE RN, em resposta ao disposto na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com a pesquisa, a maioria das puérperas entrevistadas são adultas jovens, com a renda entre um e três salários mínimos, escolaridade relativamente baixa, sendo a grande maioria casada e da religião católica, e a metade delas vivendo sua primeira gestação e morando em casa própria. Quanto à visão das puérperas sobre a assistência de enfermagem que receberam durante seu trabalho de parto normal, as entrevistadas mostraram-se satisfeitas. Entretanto, percebeu-se uma lacuna no conhecimento das mesmas sobre como deveria ser uma assistência humanizada, e, embora a assistência de enfermagem tenha evoluído de forma significativa no que diz respeito à implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor nesse momento importante, a medicalização ainda é muito recorrente nos serviços de saúde devido ao reduzido quadro de profissionais, sobrecarga de trabalho e a negligência por parte de alguns para com a parturiente. Assim faz-se necessário que as mulheres detenham as informações devidas e uma cobrança maior por parte dos usuários dos serviços de saúde e dos profissionais para com os órgãos governamentais no que diz respeito ao aumento do quadro de funcionários, visando uma melhoria na qualidade dos serviços prestados e uma supervisão da assistência por parte dos superiores.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Parto Normal. Trabalho de Parto.



## ABSTRACT

The nursing care provided to women in the evolution of normal labor is of paramount importance. In this sense, research can promote benefits for society and for the health service. It aimed to generally evaluate the nursing care in the evolution of normal labor from the perspective of the recent mothers. And as specific objectives: to characterize the profile of the interviewed mothers; verify the positive aspects of nursing care in the evolution of normal labor; identify the negative aspects of nursing care in the evolution of normal labor. This is a survey of exploratory and descriptive type field with a qualitative approach. The same was done in the Hospital and Maternity Almeida Castro and in the Hospital Parteira Maria Correia, in Mossoró-RN. The search locations were chosen because they are referral hospitals in the city and region. The population was constituted by recent mothers who have experienced the normal labor, with a sample of ten mothers. To achieve the goal was made an interview script with the puerperal woman, whose responses was recorded and subsequently transcribed. The method of data analysis was the categorization of Bardin. Initially, a visit was carried out in the research sites to have contact with the directors of the respective places to explain the objectives of the research, and then met the sector where they would be collected the data. Because it is an human research, this project was submitted to the Research Ethics Committee of the Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE RN, in response to the provisions of Resolution 466/2012 of the National Health Council. According to the survey, most of the interviewed mothers are young adults, with income between one and three minimum wages, relatively low education, the vast majority married and the Catholic religion, and half of them living their first pregnancy and living in their own home. As for the vision of the puerperal women about the nursing care they received during their normal labor, the interviewed were satisfied. However, it was noticed a gap in the knowledge of them about how it should be humanized care, and although the nursing care has evolved significantly with regard to the implementation of non-pharmacological measures to relieve pain in this important moment, the medicalization is still very recurrent in health services due to reduced professional framework, work overload and the negligence on the part of some to the parturient. So it is necessary that the women hold the necessary information and a larger claim on the part of users of health services and professionals for government agencies with regard to increased headcount, aiming at an improvement in the quality of services provided and a supervision of assistance on the part of superiors.

Keywords: Nursing, Natural Childbirth, Labor.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1	Contextualização	10
1.2	Justificativa	11
1.3	Hipótese	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>14</b>
3.1	Breve histórico do parto	14
3.2	O Trabalho de parto normal	17
3.3	Parto normal	19
3.4	Assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto	21
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
4.1	Tipo de estudo	27
4.2	Locais de pesquisa	27
4.3	População e amostra	27
4.4	Instrumentos de coleta de dados	28
4.5	Procedimento para coleta de dados	29
4.6	Análises dos dados	29
4.7	Procedimentos éticos	30
4.8	Financiamento	30
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSOES</b>	<b>31</b>
5.1	Dados de caracterização das entrevistadas	31
5.2	Dados relacionados à assistência de enfermagem prestada durante o trabalho de parto	38
5.2.1	Conhecimento do processo por parte das puérperas	38
5.2.2	Medicalização do parto	42
5.2.3	Alívio não medicamentoso da dor	43
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>53</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXO A- CERTIDÃO</b>	<b>58</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização

A atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal é uma prática milenar, e foi exercida até o final do século passado por mulheres, como também pelos maridos, que ajudavam no processo. Ao longo da vida, essas mulheres foram adquirindo conhecimento e prática, e passaram suas experiências para as mais novas, originando as parteiras. Foi a partir do século XIX que a assistência empírica perdeu seu espaço para a medicina, sendo o parto institucionalizado no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil. No Brasil, esta institucionalização ocorreu a partir da década de 1950 (BARROS, 2009).

Segundo Brasil (2009), o parto normal é aquele que tem seu início espontâneo, no qual o bebê também nasce espontaneamente com apresentação cefálica, entre 37 e 42 semanas completas de gestação, sendo de baixo risco desde o início do trabalho de parto e assim permanece também por todo o parto, e após o nascimento, a mãe e o bebê estão em boas condições. Enquanto que o parto cesárea é um procedimento cirúrgico com incisão abdominal para retirada do conteúdo do útero materno, podendo gerar mais riscos, e geralmente acontece de forma eletiva.

Nesse sentido, o maior estudo já realizado no Brasil, sobre parto e nascimento, revela que a cesariana (parto operatório) é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, esse valor sobe para 88%, se contrapondo à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico. Esse número excessivo de cesarianas expõe desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento (FIOCRUZ, 2014).

Na última década, projetos e programas foram lançados pelo Ministério da Saúde (MS) visando incentivar o parto normal (BARROS, 2009). Este tem inúmeras vantagens, e entre elas se destaca o menor risco de infecção puerperal, maior disposição para amamentar o bebê, menos dor no pós-parto, menos tempo de

recuperação, menos complicações urinárias e abdominais, e ainda uma maior relação entre mãe e filho (FIGUEIREDO, 2003).

Entretanto, o trabalho de parto é um momento doloroso, e a resposta da mulher a essa dor vai depender de experiências em gestações anteriores ou, se ela for primípara, de informações no pré-natal, como também conversas com outras mulheres que já passaram pela experiência (FIGUEIREDO, 2003).

Neste sentido, priorizar a humanização é uma forma de trazer benefícios à mãe e ao bebê, pois respeita os direitos da parturiente ao resgatar seu papel como protagonista, o que incentiva o parto natural (BRASIL, 2001). O profissional enfermeiro se configura como importante mediador para o estabelecimento das ações de humanização, as quais requerem, entre outras, a presença de acompanhante, intervenções não farmacológicas e, associado a isto, informações à parturiente no seu preparo ao parto. Envolve também suporte psíquico, emocional e o contato físico, com o objetivo de minimizar o medo, o stress e a ansiedade, somar forças e estímulo positivo ao nascimento, como também garantir o bem-estar e proporcionar um ambiente aconchegante e com privacidade (AMORIM, 2012).

Alguns recursos não-farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto são comumente utilizados: o banho de chuveiro e/ou de imersão, massagem, ENT, exercícios respiratórios e técnica de relaxamento, entre outros (GALLO et al, 2011).

Porém ainda hoje, a mulher, de um modo geral, ao ser admitida em trabalho de parto em um hospital público, é separada de seus familiares e submetida a uma série de procedimentos desnecessários, como forma de adequar o seu trabalho de parto tanto ao funcionamento do hospital quanto aos horários dos profissionais, modificando assim sua fisiologia com o objetivo de acelerar o processo, independente dos eventuais riscos para ela e o bebê ou dos desejos da mulher. Esses procedimentos são executados geralmente sem que a mulher seja informada sobre o que está acontecendo e é comum que a mesma permaneça abandonada no pré- parto sem o devido suporte físico ou emocional, com dor, em jejum, seminua, em um ambiente estranho e com profissionais desconhecidos (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

Frente ao exposto indaga-se: Como é a assistência de enfermagem prestada durante o trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas?

## **1.2 Justificativa**

O trabalho de parto é um momento importante na vida da mulher, como também é um momento de dor e requer uma atenção humanizada para minimizar tensões, ansiedades e evitar traumas psicológicos. Então se torna importante avaliar como é a assistência de enfermagem a essas parturientes.

O interesse pelo tema surgiu no decorrer da formação acadêmica, como também pelo desejo de conhecer como é a assistência de enfermagem prestada às parturientes. A pesquisa requereu estudo sobre o tema, observação da assistência prestada, e tem relevância por proporcionar maior nível de conhecimento acadêmico sobre o tema abordado, para que seja colocado em prática no exercício da minha profissão; para as usuárias, que terão mais consciência de como deve ser a assistência de enfermagem recebida nesse momento de sua vida, como também a equipe poderá prestar uma assistência adequada a essas pacientes, com base nos pressupostos da literatura e nos princípios e diretrizes do SUS.

### **1.3 Hipótese**

A assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal está ligada predominantemente aos aspectos biológicos, sendo objeto de grande medicalização, desvalorizando as ações de humanização pelos profissionais. Tal realidade pode ser justificada pela demanda elevada de atividades no setor e a falta de interesse dos profissionais, o que contribui para que essa assistência não seja realizada da forma ideal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar as puérperas entrevistadas;
- Descrever a operacionalização dos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto normal, de acordo com a fala das puérperas;
- Verificar os aspectos positivos da assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas;
- Identificar os aspectos negativos da assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Breve história do parto

O ciclo gravídico-puerperal é o espaço de tempo que compreende desde o início da gestação (momento da fecundação e implantação de um óvulo no útero) até o pós-parto, ou seja, após o nascimento do bebê, até que a mulher retome a sua função reprodutiva, cerca de três meses depois (BRASIL, 2010).

Historicamente, esse ciclo sempre foi situação de grande mobilização pessoal e social, envolto por tabus, ritos e preconceitos, apresentando grande significado e fascínio, por se relacionar com a continuidade da vida e perpetuação da espécie. (ZAMPIERI, 2006). A civilização indiana, uma das mais antigas do nosso planeta, tinha sua cultura muito rica e diversificada, e sempre possuiu muitos rituais. Durante e após a gravidez, uma tatuagem de hena era muito usada pela mulher, pois a tradição rezava que os seus desenhos evitavam o mau-olhado e detinham os maus espíritos, livrando a mulher de sintomas comuns ligados à espera e ao nascimento da criança (depressão pós-parto, entre outros), assim como fortalecia e protegia o bebê após o nascimento, contra esses maus espíritos (LUDIAS, 2013).

Continuando com a temática, afirma-se que nos escritos de Tschrak e Susruta sobre a medicina Hindu, já se recomendava uma atenção especial às gestantes. Então o cuidado voltado para a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal não é novidade, mas sim uma prática milenar que foi exercida até o final do século XIX principalmente por mulheres. Essas geralmente eram anciãs, que ao longo do tempo adquiriram conhecimento e prática e foram perpetuando suas experiências para as mais novas, originando assim as parteiras (BARROS, 2009).

Segundo Moura, Nery e Sá ([2003?]), o nascimento sempre foi um acontecimento natural, fisiológico, feminino e inerente ao cotidiano familiar. A assistência ao parto era principalmente domiciliar, realizada por essas parteiras, que eram socialmente reconhecidas, e que apesar de não serem respaldadas cientificamente e sim de forma empírica (todo conhecimento provinha unicamente da experiência), exerciam um papel essencial na comunidade, acompanhando o parto com muita dedicação. As parturientes, durante o nascimento dos seus filhos, tinham o apoio da parteira e de seus familiares e a sua participação no processo era de

forma ativa. Até aqui, os médicos não tinham nenhum interesse em dominar essa prática, por considerar uma ação suja, desvalorizada e intrínseca ao sexo feminino.

As condutas utilizadas pelas parteiras durante o parto também estavam relacionadas e voltadas ao culto de divindades, acompanhadas de simbolismos e tradições (SILVA, 2007), como é possível contemplar na citação a seguir:

Na idade média, dominada pela igreja, tem início a atuação do parteiro-sacerdote, cuja colaboração era pedida pela parteira nos casos complicados. As parteiras, além de ajudarem no processo de parir, eram benzedoras que recitavam palavras mágicas para auxiliar no controle da dor e no parto, além de realizar abortos, e serem cúmplices em infanticídios e abandonos, o que deu margem ao descrédito da profissão (SEIBERT et al, 2005).

Portanto, após a idade média, teve início, por parte da igreja, médicos e poderosos, um movimento denominado “caça às bruxas”, porque as parteiras foram consideradas perigosas por desafiar a ordem vigente e transgredir a moral científica e religiosa daquela época (PIRES, 1989:108). As intervenções feitas pelo movimento tinham o objetivo de impedir a realização dos referidos abortos e infanticídios. Esse movimento coincidiu com as perseguições às feiticeiras, entre as quais muitas também eram parteiras, que foram queimadas pelas fogueiras da Inquisição (SEIBERT et al, 2005). E essa perseguição perdurou do século XIV ao século XIX em toda Europa (PIRES, 1989:108).

Somente em 1852, a prática das parteiras passou a ser institucionalizada, mas sob o controle médico. As mesmas passaram a receber formação científica, e a desenvolver suas atividades em instituições hospitalares, fazendo com que fossem abandonando seu conhecimento empírico sobre os ritos de passagem da gravidez, parto e lactação (DINIZ, 2005) (GAIVA; TAVARES, 2002).

A partir da metade do século XIX, se iniciou uma intensa disputa entre a classe médica e as parteiras, e com o surgimento da obstetrícia no meio acadêmico, a assistência empírica perdeu totalmente seu espaço. Então a mulher passou de sujeito da ação a objeto de estudo da nova medicina (BARROS, 2009).

Foi no século XX, significativamente após a Segunda Guerra Mundial, que o parto foi institucionalizado, em nome da redução da mortalidade materna e infantil, que eram muito elevadas. Segundo a OMS, morte materna é todo falecimento causado por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorrido até 42 dias depois, e a mortalidade infantil consiste na morte de crianças no primeiro ano de



vida. Surge assim, a medicalização, com base na premissa de que a medicina poderia dominar e/ou neutralizar riscos à mãe e ao bebê (BRUGGERMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Destaca-se ainda que a mudança do parto do ambiente doméstico para o hospitalar fez com que o mesmo fosse visto como uma patologia, ignorando tanto sua fisiologia como seus aspectos sociais e culturais que estão presentes em todo o processo (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

E o aumento gradativo do número de médicos na assistência ao parto e a implementação e manuseio de novas tecnologias, tornaram o parto tanto mais seguro quanto mais valorizado pela possibilidade do controle clínico e cirúrgico da fisiologia e pelos procedimentos invasivos. Estes provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno (BARROS, 2009).

No Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia aconteceu da mesma forma como na Europa, mas sua evolução se deu de forma mais lenta, pois dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa. Quando a corte portuguesa veio para o Brasil, a Faculdade de Medicina de Paris trouxe parteiras francesas formadas, que além de assistir no parto, vacinavam contra varíola e tratavam de moléstias do útero (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

No país, a institucionalização e medicalização aconteceram a partir da década de 1950, porém não era cercada de nenhuma política de desenvolvimento do setor público de saúde que garantisse uma assistência apropriada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BARROS, 2009).

Entretanto, em 1953 foi criado o MS, coordenando em nível nacional a assistência materno-infantil, cujas instruções iniciais eram de defender de maneira eficaz a criança brasileira. Então, como assunto de saúde pública, a proteção à maternidade e à infância, obedeceu à tendência geral das políticas dessa área, que tinham um modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura (ciência que reúne todas as noções passíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças, desde o período da gestação até a puberdade), e voltada para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito essencial de garantir braços fortes para a nação brasileira (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Logo depois, foram introduzidas políticas públicas à saúde da mulher, limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto, com um olhar restrito sobre a mesma, baseando-se especificamente nas questões biológicas e no seu papel social de mãe e doméstica. Esses programas recomendavam as ações materno-infantis como plano de proteção aos grupos de risco e em situação de maior instabilidade. Com o movimento feminista brasileiro, aconteceram várias críticas aos mesmos por acharem que era reducionista a forma com que tratavam a saúde da mulher, tendo esta, acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, mas ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Dentre estes, destaca-se o Programa Materno-infantil (PMi), elaborado a partir da década de 1930, que era fragmentado e pouco resolutivo (BRASIL, 2004).

Com as reivindicações das feministas, surgiram as primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil, como o Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, o qual marcou uma mudança com relação às propostas advindas do PMI. E hoje temos o programa do pré-natal e puerpério; parto, aborto e puerpério, como também a humanização no parto, entre outros. Porém, se torna necessária a implementação dos mesmos por parte dos profissionais para que tanto a mulher quanto sua família sejam percebidas como seres sociais e sujeitos de direitos (FRELLO, CARRARO; BERNARDI; 2011).

### **3.2 O trabalho de parto normal**

O diagnóstico do início do trabalho de parto é feito com dificuldade e é extremamente variável, porém se baseia na presença de contração uterina compatível (regular), que com o passar do tempo vai progressivamente aumentando em frequência e intensidade, e não diminui com o repouso da gestante; a contratilidade inicial é, geralmente, de uma contração a cada três a cinco minutos e dura entre 20 e 60 segundos; e há também o apagamento (a perda de forças) e dilatação progressiva do colo uterino (BRASIL, 2001).

É um momento doloroso, e por isso se faz necessária uma assistência de enfermagem de forma eficaz, a fim de que essa mulher tenha a melhor resposta possível na evolução do trabalho de parto, e não termine o processo com traumas desnecessários.

A intensidade da dor sentida pelas parturientes é muito variável, e está vinculada ao comportamento, motivações, educação e constituição genética das mesmas e também ao estresse. Outros fatores estão envolvidos, como por exemplo, as distócias, que aumentam a dor; ou a liberação de endorfinas, que, pelo contrário, podem diminuí-la. E por isso, a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal, mas deve ser mensurada por meio de escalas de dor para permitir a escolha eficaz de um método de alívio (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

Segundo Benzecry (2001) o trabalho de parto divide-se em quatro períodos ou fases clínicas distintas. O primeiro período ou fase de dilatação vai desde o início do trabalho de parto até a dilatação total da cérvix. Misau (2011) ainda acrescenta duas fases a esse primeiro período: a latente e a ativa, onde a latente é a fase inicial e mais lenta, terminando com a dilatação do colo até os 3 cm, sendo variável de uma mulher para outra; e a ativa é a que tem seu início quando o colo alcança 4 cm e vai até atingir a dilatação completa. Aqui as contrações uterinas são de duas a três em 10 minutos, com a duração de 30 segundos a um minuto e uma intensidade de moderada a forte, e o colo do útero normalmente dilata de 1 a 1,5 cm por hora.

O segundo período é o expulsivo ou fase de expulsão, que começa com a dilatação total do colo (10 cm) terminando com a expulsão do feto, e é dividido em três tempos fundamentais: insinuação ou encaixe, descida e desprendimento do feto. Na insinuação a cabeça fetal se encaixa dentro da bacia óssea materna; a descida acontece conforme a cabeça fetal toma curso do canal vaginal fazendo rotações internas; e o desprendimento se dá porque as contrações uterinas exercem uma pressão para baixo forçando a descida, e a nuca fetal faz apoio na arcada púbica, enquanto a sua face distende o assoalho pélvico, oferecendo menor resistência, e sofre deflexão, deslocando o cóccix materno para trás. Neste momento, ocorre o deslizamento do occipício sob a arcada púbica e o bregma, a frente, o nariz e o mento surgem sobre o períneo (BENZECRY, 2001).

Nesse período a mulher sente vontade de defecar, devido à bolsa das águas, ou à apresentação que se expõe e passa através do colo dilatado, pressionando o reto. A bolsa das águas se define como a proteção do feto dentro do útero materno e lhe permite flutuar no líquido amniótico. Este período vai desde minutos, na múltipara, a 1 hora, na nulípara (MISAU, 2011).

O terceiro período é o da dequitação, que vai desde a saída do feto até a expulsão da placenta e das membranas, e compreende três momentos:

descolamento, descida e expulsão da placenta. E o quarto é um período de observação ou Greenberg, se caracterizando por ser o tempo entre 1h e 1h30h depois da dequitação (NEME, 2005).

### **3.3 Parto normal**

O parto normal é aquele que acontece com início espontâneo e é de baixo risco desde o início do trabalho de parto até o nascimento, podendo ocorrer entre 37 e 42 semanas completas de gestação. O bebê nasce em posição cefálica de vértice, ou seja, com a cabeça inclinada para frente e o queixo apoiado sobre o peito, de modo que a região mais próxima do canal vaginal seja o occipital (parte posterior e inferior da cabeça), enquanto que as nádegas estão na parte superior do útero e os braços e as pernas fletidas sobre o peito. Após o nascimento, mãe e filho se encontram em boas condições (OMS, 1996).

Ele é realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, e com o atendimento centrado na mulher, com todo o respeito e ternura. Tudo acontece da maneira mais natural possível, procurando evitar causar mais dor, complicações e riscos de infecções à mãe e ao bebê (BRASIL, 2009).

A OMS recomenda o parto normal, pois já foram comprovados seus inúmeros benefícios e a diminuição dos riscos maternos e neonatais. Esses benefícios vão desde uma melhor recuperação da mulher e redução dos riscos de infecção hospitalar, hemorragias e lesões de órgãos como bexiga, uretra, artérias e intestinos, até uma incidência menor de desconforto respiratório do bebê (LOBO, [2013?]).

Outras vantagens do parto normal são a interação mãe/bebê, que é muito favorecida pelo fato de o bebê já poder mamar na sala de parto, e de a mãe estar mais disposta à convivência por não ter influência de anestesia ou de dores relacionadas ao corte na barriga; a recuperação pós-parto praticamente imediata; o afastamento de riscos de aspiração do líquido amniótico e asfixia, pelo fato de quando o bebê passa pelo canal vaginal, seu tórax sofrer uma descompressão compensatória; o pleno funcionamento do coração e pulmões, pela profunda oxigenação que o bebê recebe ao nascer; e também com o início das contrações no

trabalho de parto o bebê se prepara melhor para esse momento e terá assim, menos problemas de adaptação na vida fora do útero materno (LOBO, [2013?]).

Mas alguns motivos clínicos irão indicar a necessidade de o parto passar a ser cesárea, como a desproporção do tamanho do bebê em relação à pelve; a não dilatação necessária do colo do útero para a passagem do bebê; infecção herpética ativa; gestantes diabéticas; gestação única ou gemelar com bebê em apresentação pélvica ou gestação trigemelar; macrossomia (feto acima de 4.500g, principalmente em primíparas) (RAMOS et al, 2002).

Outros motivos incluem feto em posição transversa; placenta prévia, que é a implantação da mesma na porção mais baixa da cavidade uterina, recobrando o orifício interno do colo do útero ou perto deste; como também o descolamento prematuro dessa placenta com feto vivo; proclividade de cordão; mal formações congênitas; infecção pelo HIV com carga viral acima de 1000 cópias/ml; ou ainda se o trabalho de parto não estiver progredindo normalmente ou for muito extenso, prejudicando a oxigenação do bebê, ocorrendo sofrimento fetal agudo (RAMOS et al, 2002).

A recomendação da OMS é de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio de procedimento cirúrgico devido aos riscos reais da cesárea para a mulher e o recém-nascido (FIOCRUZ, 2014).

Primeiro há o risco de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional (IG), principalmente quando essas cirurgias são eletivas. Segundo, a probabilidade de o bebê apresentar angústia respiratória é bem maior em comparação com os de parto vaginal, mesmo que ambos estejam a termo. Sem contar que há um maior risco de morte materna, associada a infecções puerperais e acidentes com a anestesia, como também a aspiração de vômito, podendo causar pneumonia. A recuperação da mãe também é mais difícil, levando esta a um período maior de separação do filho, e uma consequente demora no início da amamentação. Há também uso maior de analgésicos e maior desconforto ao se lidar com o bebê (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Apesar da existência de todos estes riscos, o maior estudo realizado no Brasil sobre parto e nascimento, revelou que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos no setor público, e no setor privado esse valor sobe para 88% (FIOCRUZ, 2014).

Por esta razão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criou a resolução normativa 368 que estabelece normas estimulando o parto normal e uma consequente redução das cesarianas desnecessárias. Nas novas regras o acesso à informação pelas consumidoras de planos de saúde passa a ser maior, e estas ainda poderão solicitar aos planos de saúde a porcentagem de cirurgias cesáreas e de partos normais tanto por estabelecimento de saúde quanto por médico, e essas informações deverão ser disponibilizadas no prazo máximo de 15 dias, a partir da data de solicitação (ANS, 2015).

Então o principal objetivo de todos os envolvidos nesses incentivos ao parto normal e as modificações nas leis, é o de se ter ao final da gestação, um bebê saudável, com pleno potencial para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro, como também ao invés de se ter uma mulher/mãe traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar, que ela esteja cheia de saúde. Mas para isso é necessário o preparo da mulher e saber suas expectativas e de seus familiares; os determinantes biológicos e sociais que envolvem essa mulher e sua gravidez; uma instituição adequada para o parto; profissionais capacitados tecnicamente; e é necessário fundamentalmente, uma atitude ética e humana para com essas mulheres (BRASIL, 2001).

Porém, atualmente tem sido realizada de maneira rotineira uma gama de intervenções no parto normal, muitas vezes desnecessárias. Procedimentos como a episiotomia, administração de ocitocina, tricotomia, lavagem intestinal, suspensão da alimentação, repouso na cama hospitalar, proibição da presença de um acompanhante, e outras ações, têm causado sofrimento, dor e aumento do risco de inúmeras complicações à mãe e ao bebê, e por isso muitas mulheres têm tanto medo do parto normal. Esses procedimentos só são necessários quando há uma real indicação, e não apenas como uma prática rotineira (COREN, 2010). Então há a necessidade de uma humanização na assistência, centrada nas necessidades da mulher.

A OMS com suas recomendações para o atendimento ao parto normal estimula o resgate da valorização da fisiologia do parto, incentiva uma relação harmoniosa entre a qualidade das relações humanas e os avanços da tecnologia, e também o respeito dos direitos à cidadania (OMS, 1996).

### **3.4 Assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto**

No Brasil, a Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, consolidou a profissão de enfermeiro, enfermeiro obstetra e demais profissionais da classe. No artigo 6º, inciso I, é assegurado que enfermeiro é o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; o inciso II diz que obstetrix ou enfermeiro obstetra é o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeiro obstetra, conferido nos termos da lei (COREN, 2007).

Na resolução do COFEN 0478/2015, no artigo 4º, são descritas algumas atividades que são de competência desses profissionais contidos no inciso II. E entre elas estão: avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições fetais, utilizando-se dos recursos do partograma e dos exames complementares; priorizar a utilização de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, respeitando a individualidade da parturiente; prestar uma assistência ao parto normal sem distócia ao recém-nascido; registrar todas as ações assistenciais e os procedimentos de enfermagem (COFEN, 2015).

E segundo o Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no art. 7º, são consideradas parteiras as pessoas que apresentam certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959 ou o titular do diploma ou certificado de parteira ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de parteira (COFEN, 1994).

A esta cabe, segundo o art. 12º, prestar cuidados à gestante e à parturiente; assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e cuidar da puérpera e do recém-nascido sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, se forem realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias (COFEN, 1994).

Diante das especificidades observadas acerca do trabalho de parto normal, percebe-se a necessidade do cuidado durante todo o processo, por ele ser complexo. É necessário haver um comprometimento de toda a equipe de saúde, tanto com a parturiente como com sua família, por ser um momento de inúmeras modificações em suas vidas (FRELLO; CARRARO, 2010).

A OMS garante que 70 a 80% de todas as gestações podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto, e que a enfermeira obstétrica desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestação e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações (OMS, 1996).

Nesta perspectiva, destaca-se especificamente que o ato de cuidar é intrínseco à Enfermagem, e esse cuidado compreende a proximidade da pessoa cuidada, adequando-se às suas maiores necessidades e respeitando sua privacidade e particularidades. Ele vai além de procedimentos técnicos e envolve sensibilidade, visto que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra frágil e debilitável. Assim, fala-se da temática da humanização, a qual se expressa no respeito ao tempo da mulher em todo o processo de parto, evitando intervenções desnecessárias e rotineiras, e reconhecendo os aspectos culturais próprios da mulher no seu contexto de vida (FRELLO; CARRARO, 2010).

Essa assistência humanizada favorece a confiança e segurança nas mulheres durante o parto e no cuidado ao seu bebê, além de ser fundamental na detecção precoce de intercorrências que possam surgir. Muitas se sentem preparadas para exercer sua nova missão, por terem uma boa experiência de autotransformação, que resulta em um fortalecimento social. Neste ínterim, um modelo assistencial humanizado proporciona benefícios físicos e psicológicos à parturiente (SILVA et al, 2009).

O MS recomenda uma assistência hospitalar segura ao parto, que garanta para a mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, permita e estimule o exercício da cidadania feminina, resgatando sua autonomia no parto. Nos seus princípios e diretrizes gerais para a atenção obstétrica e neonatal, descreve que se necessita estabelecer condutas comprovadamente benéficas e a não realização de intervenções desnecessárias, como também garantir a privacidade e autonomia das parturientes e sua participação nas decisões e condutas a serem adotadas, para que se tenha uma atenção humanizada e de qualidade (BRASIL, 2001) (BRASIL, 2005).

Apesar dessas recomendações, na maioria das vezes o enfermeiro tem prestado uma assistência fora do contexto, com suas ações mais voltadas ao procedimento em si, delimitado às prescrições médicas, do que para a mulher. E também por existir um excesso de atividades burocráticas e rotineiras no setor, há



uma falta de disponibilidade para a assistência adequada. Não há como negar que existem posturas inovadoras na área da enfermagem, mas as dificuldades ainda haverão de continuar por décadas, porque cessar com o modelo tradicional, que é principalmente biologicista é, de certa forma, um processo perdurável, e exige desses profissionais mudanças de comportamentos e atitudes no decorrer dos anos (SANTOS; RAMOS, 2012) (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Portanto, é importante ressaltar que as mulheres podem fazer uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da sua dor, associados às devidas informações. Porém, são os métodos não farmacológicos que podem melhor reduzir essa percepção dolorosa no processo de parto, sendo considerados também não invasivos. E entre eles citam-se: o banho de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, respiração padronizada e relaxamento muscular, a bola do nascimento, deambulação, entre outros. Eles podem ser utilizados de forma combinada ou isolada, e além de favorecer o alívio da dor, também podem reduzir a necessidade da utilização de métodos farmacológicos, existindo uma melhora da experiência vivenciada pela mulher durante o trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

A utilização desses métodos é alvo de estudos desde a década de 60, porém, de maneira geral, foram colocados em prática em algumas maternidades brasileiras a partir da década de 90, segundo recomendações feitas pelo MS e com o movimento da humanização do nascimento. Esses métodos fundamentam-se em conhecimentos organizados, mas sem necessitar de equipamentos modernos para sua utilização, podendo ser colocado em prática até mesmo pelo acompanhante da parturiente (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Tratando-se especificamente de cada método, afirma-se que o banho de imersão exerce influência no padrão das contrações uterinas (menor duração) e na dor, sendo esta bem menor se comparada às mulheres que não tiveram essa intervenção, tornando este método uma forma de conforto à parturiente (AMORIM, 2012).

Quanto à massagem na região lombar, a posição da parturiente pode variar entre estar no leito em decúbito lateral, de pé ou de cócoras, e a mesma deve receber orientações de como será realizada a massagem. No início da contração, deve-se colocar uma das mãos espalmada sobre a projeção do fundo uterino da parturiente e a outra sobre a região lombossacral, com movimentos circulares, até

cessar a contração. Essa técnica sendo usada nos momentos finais de dilatação do colo do útero (entre 6 e 9cm) na fase ativa do trabalho de parto, alivia a dor (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

A bola do nascimento, que permite que a parturiente se sente ou deite a lombar nela realizando movimentos, promove conforto, e confere maior autonomia e domínio na evolução do seu trabalho de parto (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

Sobre as técnicas de respiração e relaxamento muscular, pesquisa realizada demonstrou que essa técnica não diminuía a intensidade da dor, mas impulsionava nas parturientes a manutenção de pequeno nível de ansiedade num tempo mais prolongado. E em outro estudo realizado na cidade de Goiânia/GO foi constatado aumento da sensação de aceitação da dor, e isso fez com que as mulheres fossem encorajadas a viver esse momento com bem-estar físico e psicoemocional (AMORIM et al, 2012).

A deambulação e a liberdade de escolha da mulher quanto a sua posição no processo de parto também são formas de cuidado que podem ser encorajadas (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

A ENT é um método auxiliar na analgesia do parto sem causar danos à mãe ou ao feto. Caracteriza-se pela emissão de estímulos elétricos de baixa frequência, assimétricos, de correntes bifásicas por meio de eletrodos superficiais lisos aplicados sobre a região dolorosa, como objetivo de minimizar a dor na fase ativa do trabalho de parto (GALLO et al, 2011).

A aromaterapia é uma prática alternativa que se utiliza do poder das plantas através do uso de suas essências. Seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo. Estudo realizado com primíparas e múltíparas constatou redução da dor, ansiedade e medo em 86% das mulheres que receberam a intervenção; e também uma redução nas admissões de bebês na UTI neonatal (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

A musicoterapia traz uma série de benefícios à parturiente, dos quais destacam-se: a respiração mais lenta e profunda; aumenta a resistência às excitações sensoriais; combate ao estresse; permite o domínio das forças afetivas e auxilia no bom funcionamento da fisiologia. Estudo realizado com gestantes, usuárias de Unidades Básicas de Saúde, observou efeitos como alívio da dor

durante as contrações, auxílio na diminuição da tensão e do medo, ambientalização da parturiente no hospital, e estímulo à oração e à espiritualidade (TABARRO et al, 2010).

A presença do acompanhante no trabalho de parto também é de grande importância e reflete positivamente no comportamento da parturiente durante a parturição. O conceito de acompanhante apresentado pelo Humaniza SUS, aponta que o mesmo é representante da rede social da paciente, ou seja, ele é escolhido pela própria mulher, e a acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar. Nele a parturiente deposita toda a segurança de ter alguém próximo e confiável (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA; 2010). A presença de um acompanhante está amparada pela Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

Em relação à enfermeira-obstetra, esta tem um papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento. Deve existir comprometimento e responsabilidade por parte da mesma para poder oferecer, sobretudo, satisfação à parturiente e a si mesma. Pesquisas revelaram que a humanização requer da enfermeira uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro, e que esta deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão melhor do seu sofrimento, objetivando selecionar estratégias mais adequadas para resolver as questões que envolvem a futura mãe e os cuidados que se deve ter com ela (NASCIMENTO, 2012).

A OMS e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam ainda o uso do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto. Ele é o método gráfico para sua monitoração clínica e tem o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbimortalidade materna e fetal. É um instrumento de comunicação que facilita tomar conhecimento imediato da evolução do trabalho de parto e possíveis distócias. Deve ser utilizado na assistência, e é fundamental o seu preenchimento correto para uma avaliação eficaz, sendo também de grande utilidade na passagem de plantões obstétricos, especialmente em serviços de grande movimento (ROCHA et al, 2009).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. E uma das suas características mais marcantes é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2010).

Segundo Andrade (2010) a pesquisa exploratória proporciona maiores informações sobre determinado assunto, facilita a delimitação de um tema de trabalho, define os objetivos ou formula as hipóteses de uma pesquisa, ou descobre novo enfoque para o trabalho que se tem mente.

O método de pesquisa qualitativa baseia-se na descrição da complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos e contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos. Ela trabalha predominantemente com a informação coletada pelo pesquisador e não é expressa em números (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

### **4.2 Locais de pesquisa**

Essa pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade Almeida Castro (HMAC), localizado na Rua Juvenal Lamartine nº 334, bairro Bom Jardim, e no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia (HMPMC), localizado na Rua Francisco Bessa nº 168, bairro Nova Betânia, no município de Mossoró- RN. A escolha dos locais de pesquisa se deu por serem maternidades referências na cidade e região.

### **4.3 População e amostra**

Segundo Marconi e Lakatos (2010) população é um segmento ou conjunto total de seres que apresentam alguma característica em comum, seja ela a espécie, etnia, cidadania, entre outros. A amostra representa um conjunto de indivíduos

retirados de uma população, a fim de que seu estudo estatístico possa fornecer informações importantes sobre a mesma (CONTI, 2011).

A população foi constituída pelas puérperas que vivenciaram o parto normal, tendo como amostra 10 puérperas, sendo 5 no HMAC e 5 no HMPMC. As participantes foram selecionadas por amostra intencional, que segundo Thiollent (2009) trata-se de um número reduzido de pessoas que são escolhidas propositalmente em função da relevância ou representatividade social que elas apresentam em relação ao tema pesquisado.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: as puérperas deveriam aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), terem vivenciado o trabalho de parto normal e terem idade superior ou igual a 18 anos. E os critérios de exclusão foram: as puérperas com mais de 48 horas pós-parto e puérperas que estivessem incapacitadas física e/ou mentalmente de responder as perguntas.

Para garantir o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los através da codificação de sua condição, puérpera (P), seguido por algarismo arábico em ordem crescente de sua realização (P1, P2, assim sucessivamente, até P10).

#### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista com as puérperas (APÊNDICE B), cuja resposta foi gravada para posterior transcrição.

A entrevista permite saber das pessoas entrevistadas, opiniões acerca de um determinado assunto. Esse método exige um planejamento prévio, uma vez que requer do pesquisador um cuidado especial na sua elaboração, desenvolvimento e aplicação, sem contar que os objetivos propostos devem ser efetivamente delineados, a fim de que se obtenha o resultado pretendido (DENCKER, 2000).

Ela tem como vantagens a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, permite a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano, os dados obtidos podem ser classificados e quantificados, não exige que o respondente saiba ler ou escrever, maior flexibilidade no trabalho de investigação. Possui também algumas desvantagens, como falta de motivação do entrevistado para responder, facilidade de fornecimento de respostas falsas,

inabilidade ou incapacidade do entrevistado para responder, influência exercida pelo aspecto pessoal do entrevistador, entre outras (GIL, 2010).

#### **4.5 Procedimento para coleta de dados**

Inicialmente realizou-se uma visita ao Hospital e Maternidade Almeida Castro e ao Hospital da Mulher Parteira Maria Correia para obter o contato com as diretoras dos respectivos hospitais, e em seguida conheceu-se o setor onde foram coletados os dados e a equipe que estava de plantão, para a explicação dos objetivos da pesquisa e identificação das puérperas que estavam no pós-parto normal imediato.

A coleta ocorreu nos dias 01/04/2016 a 30/04/2016, nos períodos da manhã e tarde de acordo com a aceitação de cada participante da pesquisa, por meio da aplicação de um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) com as mulheres identificadas em ambos os hospitais. A mesma ocorreu depois da explicação de todo o roteiro e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), na enfermaria, local reservado, tranquilo e silencioso, para que a mulher pudesse se sentir mais à vontade em responder às perguntas. As respostas foram gravadas em um aparelho gravador de voz e as participantes tiveram seu direito de anonimato garantido, e as informações colhidas foram transcritas e analisadas.

#### **4.6 Análise dos dados**

As respostas das perguntas referentes à caracterização das puérperas foram confrontadas com a literatura e posteriormente apresentadas em forma de gráficos.

Os dados qualitativos foram trabalhados com a análise de conteúdo de Bardin e obedeceram as suas três fases: Pré-análise, que é uma leitura de tudo aquilo que foi coletado na pesquisa para em seguida ser selecionadas as informações que interessam na pesquisa; exploração do material, que é a etapa de codificação, realizando critérios de categorização; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que em geral é uma análise das informações colhidas por meio das falas das puérperas (BARDIN, 2010).

A categoria, parte do processo da análise de Bardin, em geral, é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados

momentos. Ela é uma maneira de organizar as entidades de determinado universo, em grupos ou categorias, com um propósito específico, e se mostra como uma das ações mais recorrentes e frequentes da forma de interagir com o mundo real, com a linguagem e por meio dela (SANTOS, 2012).

#### **4.7 Procedimentos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa/PB, através da Plataforma Brasil obtendo o protocolo 38/2016 e CAAE: 53815816.2.0000.5179 (ANEXO A), e a coleta de dados se deu após comprovação de que a mesma garante todos os preceitos éticos e legais, se responsabilizando por resguardar os sujeitos da pesquisa de eventuais riscos e danos que pudessem ser provocados por intermédio da mesma, em atendimento à Resolução 466/2012 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Segundo a Resolução 311/2007 do COFEN, o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, exercendo suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade de acordo com os princípios da ética e bioética (COFEN, 2007).

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como constrangimentos ou desconforto por parte das puérperas. Foi feita a explicação a cada uma delas sobre os objetivos da pesquisa e da garantia do seu anonimato. Apresentam benefícios como a produção científica sobre o tema e também uma possível contribuição para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados.

#### **4.8 Financiamento**

Todas as despesas decorrentes dessa pesquisa foram de inteira responsabilidade da própria pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN, ficou responsável por disponibilizar o acervo bibliográfico, computadores, bibliotecária, orientadora e banca examinadora.

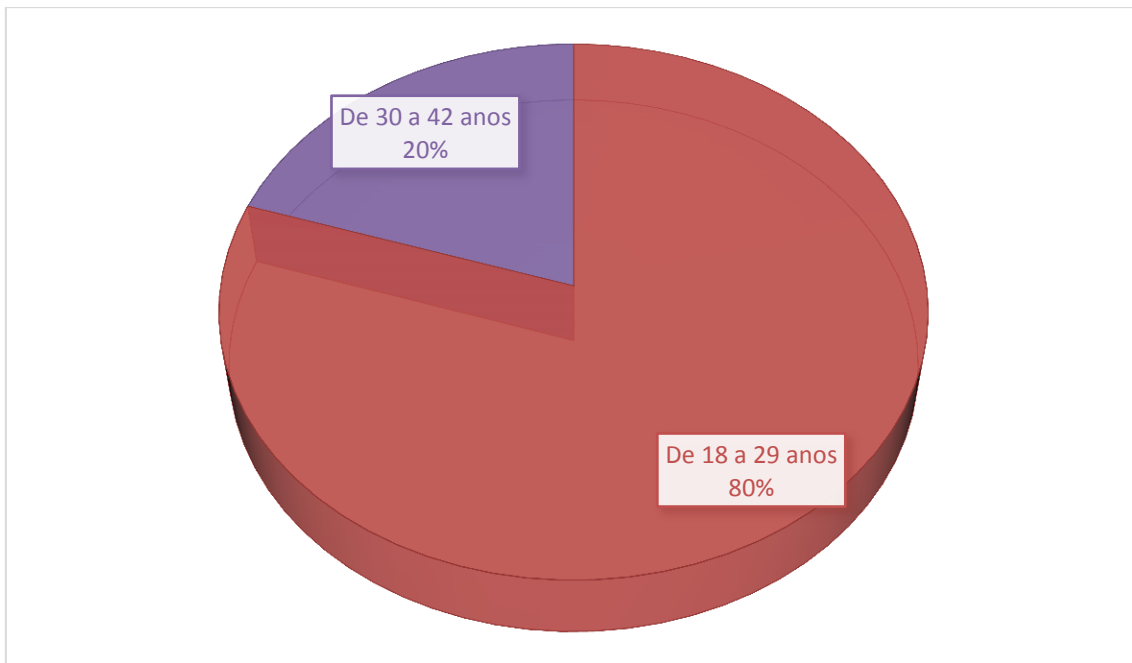
## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Dados de caracterização das entrevistadas

Segundo os dados de identificação fornecidos pelas puérperas entrevistadas, foi possível verificar os seguintes aspectos: idade, escolaridade, estado civil, religião, renda familiar, paridade, quantidade de filhos vivos e tipo de residência que moram. Para que a realização desse estudo fosse possível, foi realizada uma entrevista com dez puérperas que se encontravam em até 48 horas após o parto, onde nenhuma dessas mulheres recusou participar da pesquisa.

A seguir serão dispostos gráficos, os quais contêm as informações referentes aos dados de caracterização das puérperas.

GRÁFICO 1: Quanto à idade das entrevistadas.



Fonte: Pesquisa de campo 2016.

Conforme explana o gráfico 1, em relação a variável idade materna, pode-se perceber um maior índice da idade compreendida entre 18 e 29 anos com 80% (8), e com menor incidência entre mulheres de 30 a 42, sendo 20% (2) da amostra, o que nos mostra uma grande abrangência na idade das mulheres que hoje engravidam.

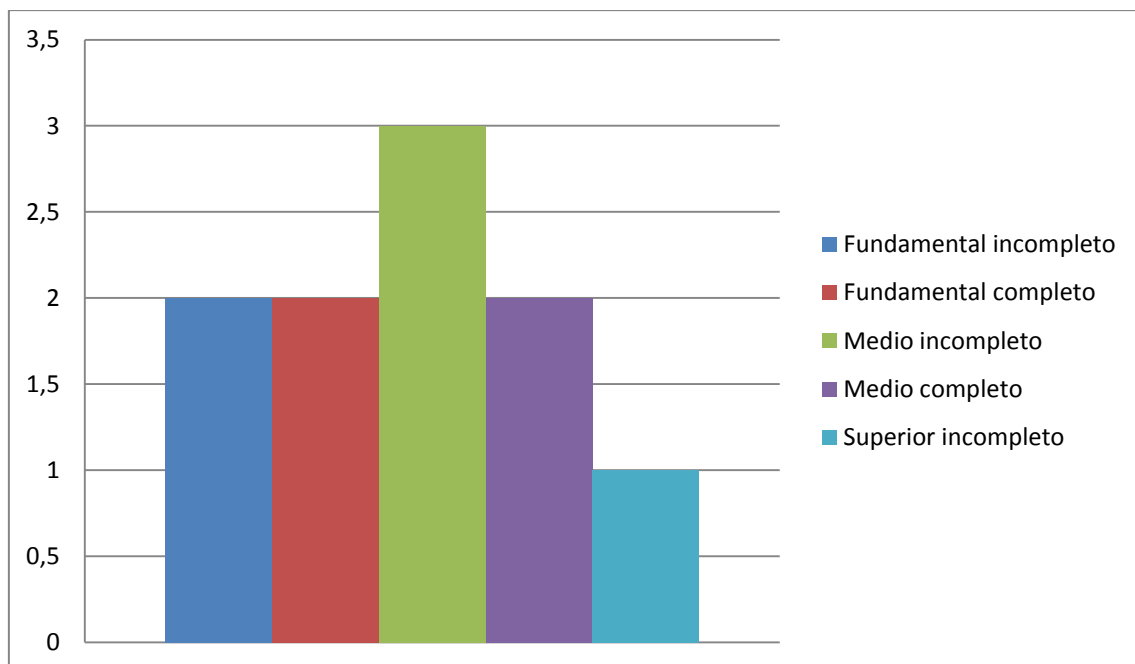


Essa faixa etária é uma faixa onde o corpo já possui maturidade suficiente para receber o conceito, e isso afasta um número maior de intercorrências que poderiam vir a acontecer em mulheres de idade inferior a 18 anos.

Estudos científicos realizados demonstraram que a faixa etária ideal para que as mulheres engravidem é de 20 a 30 anos, por neste intervalo de tempo, o aparelho reprodutor feminino se encontrar desenvolvido e amadurecido o suficiente para receber o feto e garantir uma gestação mais segura (REIS, 2010).

No entanto, o estudo Saúde Brasil realizado em 2014, nos diz que cada vez mais as brasileiras estão esperando chegar até os 30 anos ou mais para ter o primeiro filho, o que contrapõe os dados desta pesquisa. E outra pesquisa realizada pelo IBGE (2010), também apontou que as brasileiras estão engravidando cada vez mais tarde e que há dez anos, metade das gestantes engravidava antes dos 24 anos e, em 2010, esse percentual caiu para 45%.

GRÁFICO 2: Quanto à escolaridade das entrevistadas.



Fonte: Pesquisa de campo 2016.

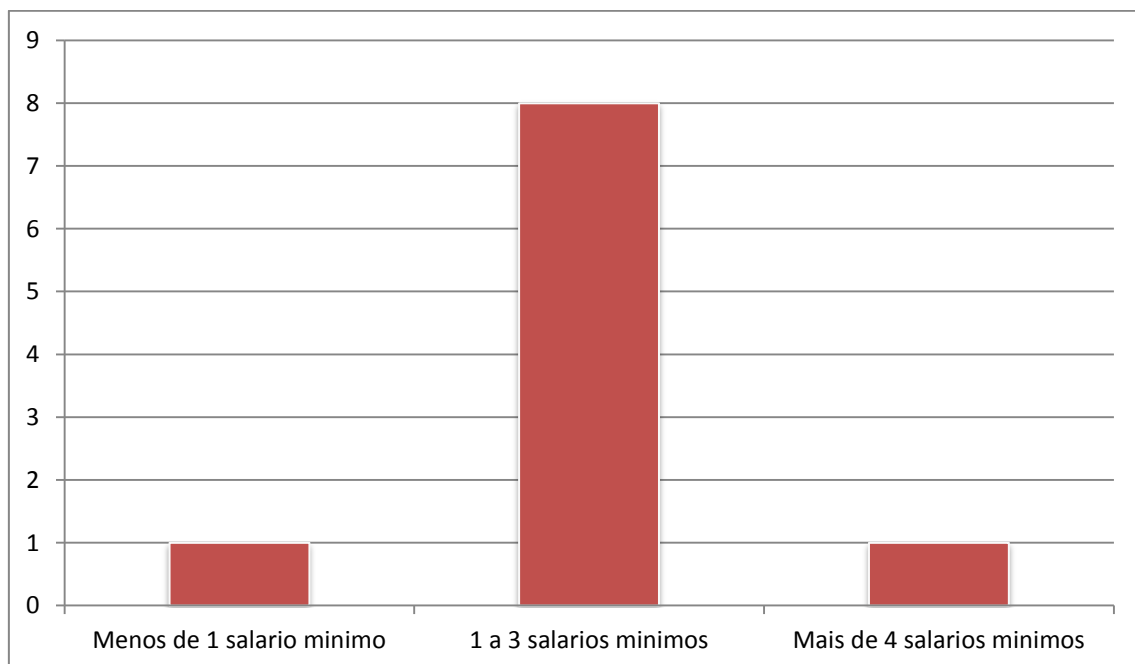
Segundo o gráfico 2, 20% das puérperas entrevistadas tem ensino fundamental incompleto, 20% fundamental completo, 30% médio incompleto, 20% médio completo e 10% superior incompleto, o que nos mostra de forma geral que as mesmas têm um nível de escolaridade relativamente baixo.

De acordo com Wille e Almeida (2011?) a escolaridade materna exerce forte influência em diversos aspectos do ciclo gravídico-puerperal. Elas afirmam que a baixa escolaridade materna é um fator que predispõe a mãe e o recém-nascido ao aparecimento de situações potencialmente de risco. No estudo realizado por estas autoras, as gestantes apresentaram grau de escolaridade de ensino médio entre completo e incompleto pela maioria (31) das participantes, o que corrobora com os dados do presente estudo.

Assim, a escolaridade da gestante é um fator que merece atenção porque nos fornece subsídios importantes de como conduzir toda a assistência prestada a essa mulher. O conhecimento limitado interfere em todo o processo, pois limita a mulher em relação à compreensão de seus direitos.

A síntese que caracteriza o perfil educacional da população brasileira mostra que a taxa de analfabetismo caiu e o acesso à escola melhorou. Apesar dos avanços, cada região permanece com suas desigualdades, devido a fatores socioeconômicos, além das redes de ensino ofertadas por cada estado (IBGE, 2010).

GRÁFICO 3: Quanto à renda familiar das entrevistadas.



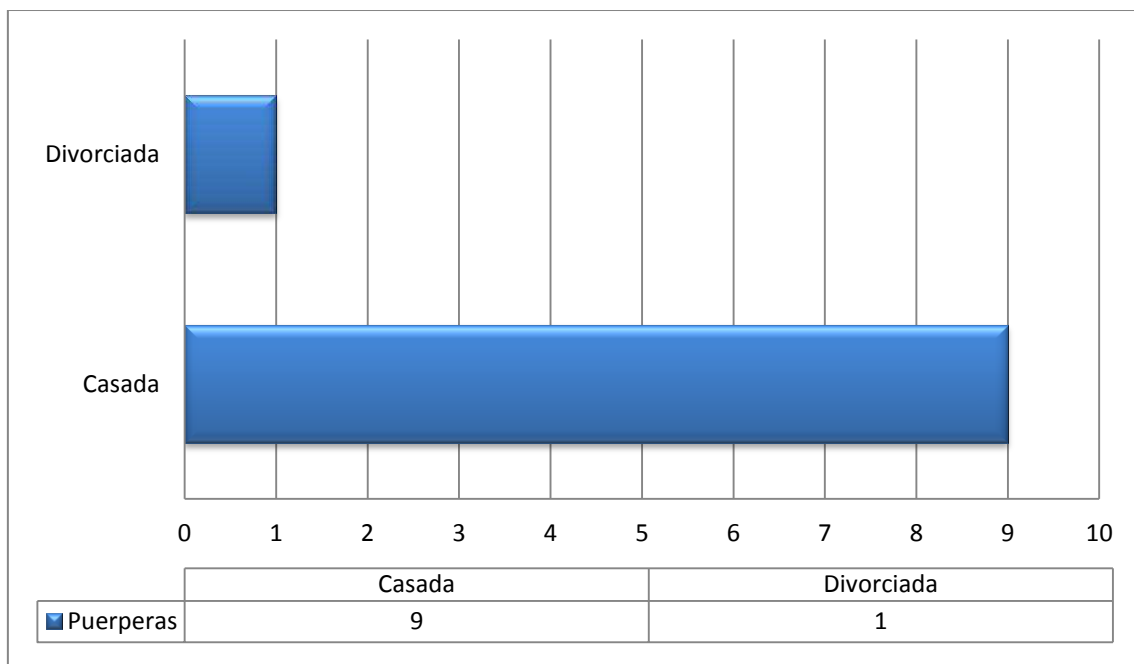
Fonte: Pesquisa de campo 2016.

A renda familiar foi, predominantemente, entre 1 a 3 salários mínimos com 80%, menos de 1 salário mínimo 10% e mais de 4 salários mínimos 10%, o que também corrobora com os estudos realizados por Wille e Almeida (2011?) onde as participantes relataram renda familiar variando de 1 a 4 salários mínimos. Embora os dados sociodemográficos das participantes apontassem condições favoráveis para a manutenção da saúde, no que se refere à renda familiar, elas se enquadraram na população de baixa renda.

A classe econômica é um fator que pode influenciar tanto no período da gestação quanto no puerpério, onde quanto menor a renda familiar, possivelmente a mulher encontrará mais dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde ofertados, o que contrapõe a universalidade que é um critério essencial para a garantia da gratuidade dos serviços (LEITE et al, 2013).

Ramos e Cuman (2009) nos traz que a baixa escolaridade materna está associada à baixa condição econômica, fator esse que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o bebê, impedindo a compreensão de informações e orientações dadas pela equipe, o que dificulta o acesso de direitos e deveres e de cidadania. E no nosso estudo essa relação também se confirma.

GRÁFICO 4: Quanto ao estado civil das entrevistadas.



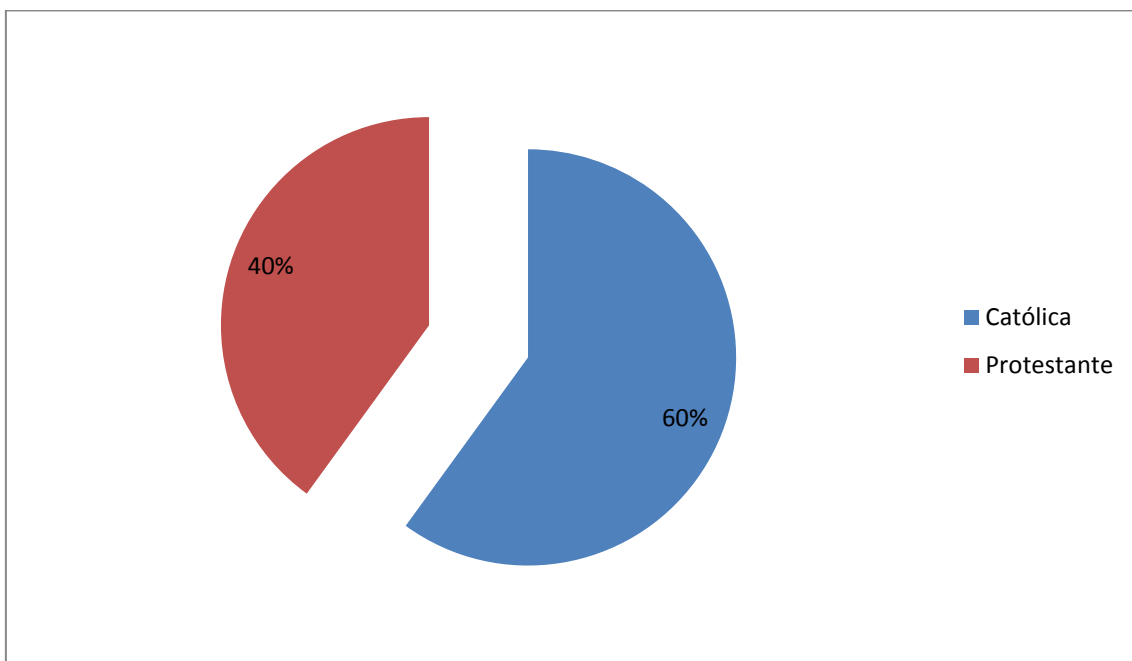
**Fonte:** Pesquisa de campo 2016.

Quanto ao estado civil, 90 % das puérperas participantes da pesquisa eram casadas e 10% divorciada, o que diverge dos estudos efetuados por Bacelo e Lopes (2009) e Santana et al (2010) onde se sobressaía uma porcentagem significativa de mulheres não casadas, se tornando fator preocupante, considerando que a situação conjugal pode influenciar no modo como a gestação é percebida pela família e por ela mesma. E converge com o estudo realizado por Wille e Almeida (2011?), onde a maioria das mulheres apresentou uma situação conjugal favorável à evolução da gravidez, o que nos mostra um ponto positivo nesse processo, tendo em vista o apoio e a participação do companheiro na promoção de sua segurança psicoafetiva e socioeconômica.

Durante todo o ciclo gravídico-puerperal é de suma importância o apoio e a compreensão por parte de um companheiro e também da família, onde estes possam passar a segurança e confiança necessária nessa etapa onde a mulher se encontra mais fragilizada, ajudando assim nesse momento tão especial e único na sua vida.

Segundo Lakatos e Marconi (2008) na sociedade, o casamento ou matrimônio é a forma com que a própria sociedade humana tem como norma de união legal entre os seres, tornando assim também, os filhos que nascem desse casamento, legítimos de ambos os pais.

GRÁFICO 5: Quanto à religião das entrevistadas.

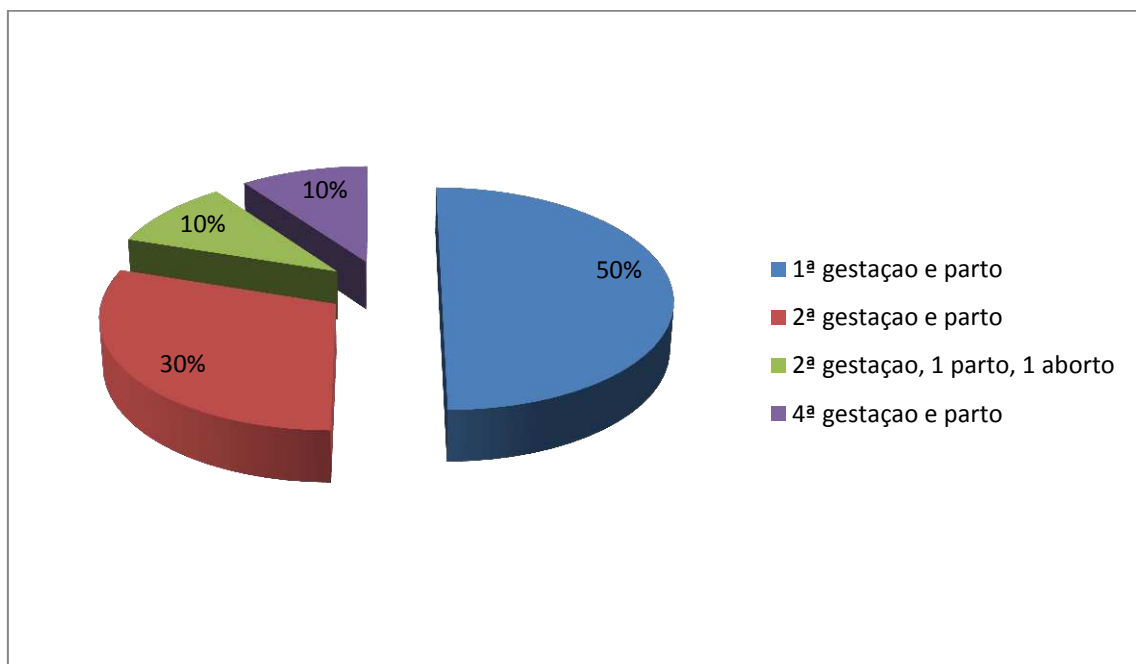


**Fonte:** Pesquisa de campo 2016.

Quanto à prática religiosa 60% relataram ser católicas, e 40% delas são protestantes, onde essa maioria católica de mulheres que engravidam também condiz com dados de outras pesquisas (WILLE; ALMEIDA, [2011?]).

Através da crença popular tem-se subentendido que todos nós temos em nosso ser, um poder maior que nos impulsiona e nos dá forças. E sobre isso, Vila Nova (2004) nos diz que as instituições religiosas dizem respeito às relações com as quais homens e mulheres mantêm com o domínio metaempírico da realidade, ou seja, que se encontra acima da nossa capacidade de visualização. A religião é de suma importância para a sociedade, por dela absorvermos valores morais, e é elemento construtor do caráter, e da forma de ser de qualquer povo.

**GRÁFICO 6:** Quanto à paridade e filhos vivos das entrevistadas.



**Fonte:** Pesquisa de campo 2016.

O gráfico 6 nos mostra o número de gestação, partos e aborto das participantes, onde 50% (5) delas estão na primeira gravidez e parto, 30% (3) na segunda gravidez e parto, 10% (1) também está na segunda gestação, porém com um parto e um aborto, e 10% (1) na quarta gestação e parto.

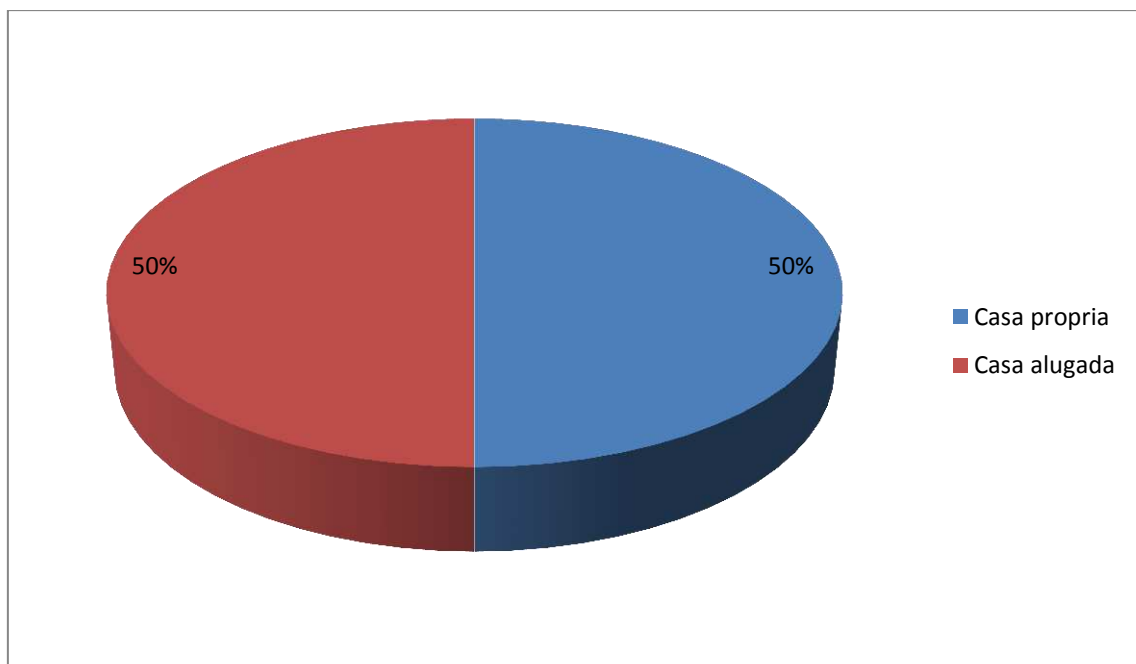
A paridade materna diz respeito ao número de gestações que a mulher teve. Um fator importante nesse aspecto é saber qual o intervalo entre uma gestação e

outra. As mulheres com pequenos espaços de tempo entre as gestações são mais propensas a terem o seu bebê com baixo peso, ou abortos prematuros e espontâneos (FARREL, 2005).

Metade das mulheres entrevistadas estava em sua primeira gestação, e a condição de estar grávida já é por si só um momento de medos e ansiedades. Lopes et al (2005) nos diz que o nascimento de um filho, principalmente do primeiro, traz consigo um status que vem acompanhado de toda pressão social de exercer o papel de mãe.

A outra metade das mulheres já estava no 2º ou 4º filho, porém o numero de gestações não implica no fato de desatenção em começar e manter o pré-natal. Isso é algo que deve ser bem lembrado durante o acompanhamento do médico e/ou da enfermeira, pois cada gestação é única e cada uma tem suas especificidades, por isso precisa da atenção devida.

GRÁFICO 7: Quanto ao tipo de residência das entrevistadas.



Fonte: Pesquisa de campo 2016.

No gráfico acima que se refere ao tipo de moradia dessas mulheres, 50% delas moram em casa alugada e outros 50% em casa própria.

## **5.2 Dados relacionados à assistência de enfermagem prestada durante o trabalho de parto**

Neste ponto, apresentam-se os dados que foram obtidos através das respostas das entrevistadas, sendo analisados pela análise de conteúdo de Bardin, e através da literatura pertinente. As participantes foram codificadas com a letra P, correspondente à palavra puérpera, seguida de numeração arábica de 1 a 10, para manter o sigilo e anonimato das mesmas. E, obedecendo ao referencial teórico de Bardin, foram construídas três categorias, com base na codificação, as quais serão dispostas a seguir.

### **5.2.1 Conhecimento do processo por parte das puérperas**

Nesta categoria iremos conhecer a compreensão das puérperas quanto à atenção humanizada no trabalho de parto.

Humanização do parto é um conjunto de condutas que promovem o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê, neste sentido, a relação interpessoal do profissional de enfermagem com a mulher é de fundamental importância para um atendimento holístico e humanizado. (BRASIL, 2010).

Por tal importância, o Ministério da Saúde instituiu em 1º de Junho de 2000, a portaria nº 569/GM assegurando à mulher gestante e ao seu recém-nascido um atendimento digno e de qualidade em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal. Traz especificamente em seu Art. 2º que toda gestante tem direito a assistência ao parto e puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas (BRASIL, 2010).

Metzi et al (2003) nos diz que a comunicação entre os profissionais é de fundamental importância para a qualidade do cuidado de enfermagem, e que as orientações dadas a parturiente e o apoio psicológico propicia um ambiente onde a mulher se sente mais protegida e amparada.

A finalidade principal dessa relação e assistência materna é a de conceder uma experiência positiva para a mãe e sua família, mantendo a sua saúde física e emocional, prevenindo assim complicações e respondendo a possíveis emergências.

Diante do exposto, percebemos ao longo das entrevistas que as puérperas possuíam um conhecimento limitado sobre o que seria a humanização, e por serem tratadas com respeito e um mínimo de informações, elas já ficavam satisfeitas com a assistência que foi recebida, conforme as falas a seguir:

“Eu achei boa, porque eu também não tenho conhecimento do processo, mas achei bom” (P2).

“Foi muito boa a recepção. Fui direto pra sala de parto” (P4).

“Me encaminhou pro internamento e sempre vinha uma enfermeira saber se as contrações tavam aumentando” (P6).

“Fui encaminhada pra sala de parto (...) e ficavam vindo ver minha dilatação” (P7).

“Me colocaram na sala de parto e ficaram esperando as contrações porque cheguei com 8 cm” (P8).

“Fui encaminhada pra sala de parto e fiquei lá aguardando. E eles vinham saber como eu estava e me examinar” (P10).

Embora as puérperas relatem ter recebido uma boa assistência, visualiza-se ao longo das falas anteriores que existe uma limitação no conhecimento das mesmas quanto ao que deve ser feito pela equipe de enfermagem naquele momento, incluindo a necessidade das informações sobre o processo de parturição, o apoio psicológico, entre outras coisas, que são direito da mulher.

O fato de ter sido encaminhada direto pra sala de parto e de receber a visita do profissional de enfermagem para verificar se as contrações ou a dilatação estavam aumentando, não nos diz que a humanização foi feita, pelo contrário, nos esclarece que ainda há falhas nesse processo, visto que as orientações, o esclarecimento das dúvidas, a presença e apoio, são de extrema importância para a mulher nesse momento.

Outra condição vista na pesquisa foi o fato das mulheres terem sido levadas diretamente para a sala de parto, que nos faz lembrar a posição que normalmente as mesmas são orientadas a ficar nesse ambiente, que é a horizontal (posição supina), ou seja, em decúbito dorsal, deixando a mulher sem muita opção de escolha, por ser muitas vezes a única posição oferecida entre as práticas para o momento de expulsão fetal, fato esse que pode ser explicado pela planta física do



hospital que não favorece e retarda assim o parto ou o torna menos confortável e mais doloroso para as parturientes.

Todavia, as recomendações da OMS são de que as parturientes acolhidas possam adotar a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e que tenham estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto. Segundo Brasil (2010) é direito garantido à mulher dentro da prática obstétrica dos hospitais, preconizado pela OMS, a escolha à posição de parir livremente, retirando desse contexto os partos de alto risco que tem restrições a posições.

Existem várias outras posições que podem ser encorajadas no momento das contrações para alívio da dor e melhor conforto. E entre elas está a posição de cócoras na banquetta, a vertical, a quatro ou seis apoios, lateral ou posição de sims, entre outras, todas elas no intuito dessa mulher ter uma boa experiência de parto (MOÇAMBIQUE, 2011).

As falas a seguir também nos confirmam esse conhecimento limitado, quando 80% das mulheres ao serem indagadas sobre os aspectos negativos da assistência recebida, dizem não ter nenhum:

“Nada não. Achei tudo muito bom” (P5).

“Mulher não tenho a dizer negativo, eu gostei muito do atendimento daqui” (P9).

O desconhecimento do verdadeiro sentido da assistência humanizada pode chegar a levar a mulher a achar que tudo ocorreu como tinha que ser, que é o que nos mostra as falas anteriores.

E Dias (2006) relata que o fato de não ter sofrido nenhuma cena de violência ou de maus tratos, faz com que, em comparação, o cuidado recebido seja interpretado com um bom atendimento. E o nosso estudo corrobora com o que o autor traz.

Outro elemento percebido durante as entrevistas foi o fato de que alguns profissionais de enfermagem, acabado o período de dilatação e começado o de expulsão, pediam para que as mulheres colocassem força sem fazer as devidas orientações, eram informações estéreis, deixando algumas delas com certo receio de que se não fizesse aquilo que foi orientado, seu bebê não nasceria bem.

“Ficaram alisando minha barriga, pedindo pra eu me ajudar também porque se eu não me ajudasse não teria como a menina ter um parto bom” (P4).

“Eles só mandavam eu ter força...” (P5).

“Pediram pra colocar bem muita força pra dilatar mais e sair a menina” (P7).

“Mandava colocar bem muita força” (P8).

“Orientou colocar força” (P10).

É de suma importância ter o conhecimento sobre a humanização do parto como forma de conhecer seus direitos. O desconhecimento desse processo por parte das parturientes e a necessidade de reconhecer seus direitos é real. A falta do conhecimento também faz com que, muitas vezes, a mulher se submeta ou ceda a imposições e condutas da equipe e fiquem impedidas de se expressar como querem ou sentem necessidade.

As rotinas hospitalares muitas vezes impossibilitam que a parturiente decida sobre as condutas a serem realizadas durante o parto, deixando de ser a personagem principal deste processo. A humanização almeja a autonomia da mulher durante o parto, respeitando seus valores e hábitos (ALMEIDA et al, 2015).

O profissional enfermeiro é responsável por garantir esclarecimentos, agindo como facilitador. Esse papel não sendo realizado como deveria, reflete insegurança nas gestantes e a forma como ela reage no trabalho de parto depende das informações recebidas e do seu contexto social. Com o devido cuidado humanizado, essa mulher pode participar ativamente do seu parto, sentindo o bem-estar que essas variáveis proporcionam.

Porém, muitas vezes, a função do enfermeiro está mais voltada para atividades administrativas que ainda são muito priorizadas por instituições de saúde, afastando-o do contato direto com o paciente, deixando de lado a realização das práticas humanizadas, por essa atribuição requerer uma demanda de tempo e dedicação maior para o serviço. E sobre isso, Almeida et al (2015) nos alerta que é importante que a enfermagem não se limite às rotinas impostas, mas que agregue conhecimento e uma postura reflexiva para agir da melhor forma frente às situações, consolidando a profissão e gerando assim uma maior emancipação.

### 5.2.2 Medicalização do parto

Medicalizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais (MILES, 1991). Esta disformidade na prática médica brasileira é determinada por fatores históricos, estruturais, conjunturais, mas a gênese dessa permissividade é atribuída à forma como a sociedade em geral, e a medicina, em particular, encaram a mulher (BRASIL, 2000).

Com o desenvolvimento de novas tecnologias houve progresso no atendimento obstétrico. Dessa forma as intervenções que deveriam ser realizadas em situações específicas, passaram a ser rotina no atendimento. Com todo esse avanço e atualizações, ainda se verifica dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistência de qualidade (ALMEIDA et al, 2015).

O parto e o nascimento são eventos fisiológicos e naturais sobre os quais a medicina altamente tecnologizada tem agido muitas vezes precipitadamente, transformando aquilo que seria simples e sadio em algo complexo e patológico (SANTIN, 1998).

De fato, seja para produzir analgesia ou para induzir o parto, de modo geral, a equipe de saúde utiliza procedimentos e métodos para adiantar o processo do parto, havendo com isso um conflito de interesses, de modo que o profissional recebe por número de procedimentos realizados. Por conseguinte, o uso dessas drogas pode levar a várias intercorrências, podendo prejudicar tanto a mãe, o filho, como também o próprio trabalho de parto em si, tornando-o menos natural (SILVA et al, 2013).

E essas medidas trazem o diagnóstico estrito do trabalho de parto, amniotomia precoce, monitorização do progresso do trabalho de parto e infusão de ocitocina, entre outros. É especialmente importante que intervenções de rotina não sejam implementadas sem clara evidência de que melhorem os resultados (GALLO et al, 2011).

Entretanto, no decorrer da pesquisa foi visto que algumas dessas práticas são implementadas de forma rotineira com o intuito de acelerar o processo de trabalho de parto, e como as parturientes não têm o conhecimento devido sobre o assunto e não recebem as orientações pertinentes por parte dos profissionais responsáveis, acabam não podendo opinar sobre como deseja que seja aquele momento, não participando assim de forma ativa do parto que é seu, e isso se confirma nas falas a

seguir quando foi perguntado a elas como tinha sido a assistência que as mesmas receberam por parte dos profissionais de enfermagem:

“Foi bem. Colocaram o soro de força” (P3).

“(…) Aplicaram o soro de força” (P4).

“(…) Colocaram um soro de glicose e depois um de força” (P6).

“Eles vinham saber como eu estava e me examinar, e colocaram o soro” (P10).

Essa infusão rotineira de ocitocina aumenta a necessidade de monitorização e vigilância. E isso muitas vezes se torna negligenciado porque os profissionais têm outras atividades no serviço e não tem o tempo devido para fazer essa tarefa.

O manejo ativo do trabalho de parto com utilização de ocitocina e amniotomia precoce deve ficar reservado a casos selecionados, não sendo recomendados de rotina na prática obstétrica (GALLO et al, 2011).

Os profissionais, por deterem o conhecimento, possuem o controle do parto, despersonalizando assim a mulher, que se mantém subordinada nessa relação profissional-cliente, apenas colaborando para o trabalho realizado por esse (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Todas essas atitudes negativas adotadas pelos profissionais durante o trabalho de parto é uma forma de repreendê-la pela demora para finalizar seu momento e faz com que a mulher se sinta incapaz de conduzi-lo, influenciando no seu andamento e refletindo fisiológica e psicologicamente na parturiente.

### 5.2.3 Alívio não medicamentoso da dor

As contrações uterinas durante o trabalho de parto provocam dor aguda na mulher, e para que essas dores possam ser amenizadas, além do esclarecimento das dúvidas para redução da ansiedade, podem ser implementadas medidas não farmacológicas.

Nessa perspectiva, Davim et al (2008) nos diz que esses métodos podem reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo considerados também como não invasivos. E Gallo (2011) ainda nos diz que com a utilização

dessas práticas o parto vaginal torna-se menos traumático e mais humanizado, como realmente é preconizado.

Então vários autores nos trazem o banho de imersão, a massagem na região lombar, a bola do nascimento, técnicas de respiração e relaxamento muscular, deambulação, aromaterapia, musicoterapia e a presença do acompanhante, entre outros, como medidas humanizadas para redução da dor e aumento do nível de conforto. E durante a pesquisa constatou-se que alguns desses métodos foram aplicados, e quando não aplicados, orientados a se utilizar, como nos mostra as falas seguintes:

“Pedi pra caminhar, sentar na bola e disse como respirar melhor” (P1).

“Algumas enfermeiras me pediam pra ficar andando” (P2).

“Mandava andar, e uma vez pediu pra que eu fosse pra bola” (P3).

“Faziam massagem” (P4).

“Eles mandavam eu respirar fundo pra dor passar mais rápido” (P5).

“Mandou andar, tomar banho e me mostrou o cartaz que tinha na parede que mostrava os exercícios que eu podia fazer, e também orientaram sobre a respiração melhor” (P6).

“Disse à minha acompanhante pra fazer massagem nas costas quando a dor viesse” (P10).

Existem evidências confiáveis da segurança e efetividade de várias técnicas que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto, aumentando o conforto da parturiente e tornando o momento mais acolhedor, pois são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico (SILVA et al, 2013).

Possibilitar que a mulher mantenha o controle do seu corpo, entenda o que acontece em cada fase do parto, bem como oportunizar a escolha, seja pela posição, seja pelo uso desses métodos para o alívio da dor, consolidam-se atos de cuidado e conforto (FRELLO, 2011).

O alívio total da dor não necessariamente implica em uma experiência de parto mais satisfatória, porém quando a mulher se sente mais cuidada e confortada essa experiência pode trazer muito menos traumas a essa mulher, porque além delas trazerem consigo o medo da dor do parto, têm medo da assistência que receberão. E no presente estudo, todas as mulheres relataram ter vivido uma boa experiência de parto devido o uso desses métodos não invasivos que reduzem a dor.

Porém, em certas situações e falas ficou visível que algumas mulheres não aderiram bem aos métodos por medo, por não conhecer o seu real benefício.

“Mandou uma vez ir pra bola e eu não fui, então não mandou mais” (P3).

“Eu não tive coragem de ir pra bola” (P6).

Deste modo, se faz necessário reforçar a necessidade da presença do profissional enfermeiro para criar um vínculo de confiança, permanecendo com essa mulher o maior tempo possível, orientando de forma correta todas as técnicas que poderão ser feitas e seus possíveis resultados, garantindo assim à mulher tranquilidade e segurança, e uma aceitação maior daquilo que poderá ser realizado em seu próprio benefício.

Vieira et al (2010) nos diz que a enfermagem pode contribuir significativamente quando elabora intervenções focadas nas reais necessidades das parturientes, qualificando assim o cuidado dispensado.

E para que essas intervenções aconteçam da melhor forma, de acordo com as necessidades de cada mulher, é necessária essa aproximação pois a mesma possibilita o enxergar de modo mais amplo as características do ambiente, ansiedade e medo da parturiente durante o partear, aproximação entre ambas, linguagem não-verbal e disponibilidade de ajuda. E o cuidado a essa mulher passa a proporcionar bem-estar entre enfermeira e parturiente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem qualificada na evolução do trabalho de parto normal é de suma importância para que a parturiente viva esse momento tão significativo de sua vida, visto que o enfermeiro possui conhecimentos relevantes a serem repassados de maneira clara. Tal realidade desmistifica conceitos que as mesmas trazem, tirando suas dúvidas, atuando sempre como agente facilitador desse processo.

Dessa forma, foi analisada a maneira como as puérperas vivenciaram o trabalho de parto normal, levando em consideração a assistência da equipe de enfermagem que receberam.

De acordo com a pesquisa, a maioria das puérperas entrevistadas são adultas jovens, com a renda entre um e três salários mínimos, escolaridade relativamente baixa, sendo a grande maioria casada e da religião católica, e a metade delas vivendo sua primeira gestação e morando em casa própria.

No que diz respeito às intervenções da equipe de enfermagem, as entrevistadas relataram ter sido de forma eficaz, não tendo nenhum aspecto negativo a ser evidenciado, visto que os positivos se sobressaíram a ponto de excluírem os anteriores. Porém, nota-se que há uma lacuna no conhecimento das puérperas em relação a como deve ser a assistência de enfermagem humanizada durante o trabalho de parto, confirmando em partes a hipótese.

Durante a coleta de dados não foi vivenciado nenhum tipo de dificuldade com relação à participação das entrevistadas, onde as informações colhidas foram claras e completas, alcançando assim todos os objetivos descritos.

Dessa forma, concluiu-se que a assistência de enfermagem evoluiu de forma significativa no que diz respeito à implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto. No entanto, a medicalização ainda é muito recorrente nos serviços de saúde devido ao reduzido quadro de profissionais, sobrecarga de trabalho e a negligência por parte de alguns para com a parturiente. Assim, deve haver uma cobrança maior por parte dos usuários dos serviços de saúde e dos profissionais, para com os órgãos governamentais no que diz respeito ao aumento do quadro de funcionários, visando uma melhoria na qualidade dos serviços prestados e uma supervisão da assistência por parte dos superiores.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar**. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>> Acesso em: 07 Set 2015.
- ALMEIDA, O.S.C.; et al. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 2015.
- AMORIM, A. T. C.; et al. Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. **Saúde Coletiva**, São Paulo. v. 9, n. 56, p.60-66, 2012.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 10. ed. São Paulo: editora Atlas, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2010.
- BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca Ltda, 2009. 464 p. 2 v.
- BENZECRY, R. **Tratado de Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2001. 913 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 12 Set 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção ao parto normal**: evidências científicas. Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma operacional nº 001/2013**. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do item 5, do Capítulo XIII, da Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. 2013. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf)>. Acesso em 01 de Out de 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 01 Out 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais:** o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

\_\_\_\_\_. Resolução nº 0478/2015. **Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências.** 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3392008\\_4364.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3392008_4364.html)>. Acesso em 07 Set 2015.

BRUGGERMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, set./out. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/enfermagemprofissao.htm>>. Acesso em: 07 Set 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN. Lei 7.498/86; Decreto 94.406/87 **Código de ética.** 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em 07 de Set de 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN(SP). **Parto natural.** 2010. Disponível em: [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto\\_natural.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf) Acesso em 07 Set 2015.

CONTI, T. **Discussão sobre as vantagens e desvantagens das abordagens qualitativas e quantitativas para a pesquisa.** Disponível em: <http://sociedaderacionalista.org/2011/11/01/discussao-sobre-as-vantagens-e-desvantagens-das-abordagens-qualitativas-e-quantitativas-para-a-pesquisa/>>. Acesso: 05 Out 2015.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A.; Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, 2008

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.2, jun. 2009.

DENCKER, Ada de Freitas M. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo**. 4. ed. São Paulo: Futura, 2000.

DIAS, M. B. A. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf> Acesso em 10 maio 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência saúde coletiva**, v.10, n.3, p. 627-637, 2005.

FARREL, Maran L. **Nutrição em Enfermagem: Fundamentos para uma dieta adequada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAÚNDES, A; CECATTI, J. G. A operação Cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, abr/jun. 1991.

FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Práticas de Enfermagem: ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005. 522 p.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf**, Florianópolis-SC, v.12, n.4, p.660-8, out./dez. 2010.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E; BERNARDI, M. C. Cuidado e conforto no parto: estudos na Enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 25, n. 2, p. 173-184, maio/ago. 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 03 set 2015.

GAIVA, M. A. M.; TAVARES, C. M. A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 132-145, jan. 2002.

GALLO, R.B.S. et al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial**. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2015.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M.; Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.4, p. 774-82, out./dez. 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf\\_2608](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608)

GRIBOSKI, Rejane Antonello. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.

**Características Gerais da População, Religião e Puérperas:** Censo Demográfico. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000009352506122012255229285110.pdf> Acesso em: 16 maio 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. **Sociologia Geral**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa. et al. Perfil Socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enferm**, Espírito Santo, v. 18, n. 2, p. 344-350, abr./jun. 2013.

LOBO, M. B. **Parto normal:** a natureza se encarrega, Mamãe e bebê agradecem. Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Hospital Materno Infantil Público Tia Dedé. [2013?]. Disponível em:

<[http://prosaudetocantins.org/wpcontent/uploads/2012/08/Artigo\\_Dr.a\\_Merielle.pdf](http://prosaudetocantins.org/wpcontent/uploads/2012/08/Artigo_Dr.a_Merielle.pdf)> Acesso em: 05 Set 2015.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A.; Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.2, p.386-91, 2010.

LOPES, R. C. S. et al. **O antes e o depois:** expectativas e experiências de mães sobre o parto. Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf> Acesso em: 12 maio 2016.

LUDIAS, B. H. **Índia:** a presença da hena nos rituais. 2013. Disponível em

<<http://virusdaarte.net/india-a-presenca-da-hena-nos-rituais/>> Acesso em 05 de Set de 2015.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATEI, E. M. et al. Parto Humanizado: Um direito a ser respeitado. **Cadernos**, São Camilo, SP, v. 9, n. 10, p. 16-26, abr./jun. 2003. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf) Acesso em 16 maio 2016.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, métodos e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. **Manual de Referência Técnica sobre Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e Emergências Obstétricas**. Maputo, 2011.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende: obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MOURA, F. M. S. P.; NERY, I.S.; SÁ, M. I. M. R. **O renascimento do parto normal humanizado: atuação da enfermeira obstetra**. 2003. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/o%20renascimento%20do%20parto%20normal%20humanizado.pdf>> Acesso em 05 de Set de 2015.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul/set. 2005.

NASCIMENTO, S. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. 2012. Disponível em: <<http://www.nahoradoparto.com/2012/03/o-papel-do-enfermeiro-no-parto.html>>. Acesso em: 10 Set 2015.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. 1379 p.

NILSEN, E; SABATINO, H; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.3, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal, guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez editora, 1989.

PORTO, Ana Maria Feitosa; AMORIM, Melania Maria Ramos; Porto, Alex Sandro Rolland Souza. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v.38, n.10, out. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1709.pdf> Acesso em:

RAMOS, J. G.; et al. **Cesariana: indicações**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. 2002.

REIS, Guilherme F. F. Alterações Fisiológicas Maternas na Gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 43, n. 1, pag. 3-9, jan./fev., 1993. Disponível em: <http://<jasm.com.br/.../Alterações%20Fisiologicas%20Maternas%20na%20G...>> Acesso em 15 maio 2016.

ROCHA, I. M. S.; et al.; O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.4, p. 880-8, 2009.

SANTIN, Silvino. O eu entre o poder e o encontro, entre a técnica e a emoção na arte de cuidar o outro. In SEMANA DE ENFERMAGEM DO GRUPO HOSPITALAR

CONCEIÇÃO, 1998. **Anais...** [S.l.]: Hospital Conceição, 1998. Disponível em: [http://labomidia.ufsc.br/Santin/Saude/Santin\\_textos\\_enfermagem.pdf](http://labomidia.ufsc.br/Santin/Saude/Santin_textos_enfermagem.pdf) Acesso em: 01 jun. 2016

SANTOS I.S.; OKAZAKI E.L.F.J.; Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA**, v.13, n.1, p.64-68, 2012.

SANTOS, F. M.; Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, SP, v.6, n. 1, p.383-387, 2012. Disponível em:> <http://www.reveduc.ufscar.br><. Acesso em:

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S.; Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn**, Brasília, v.65, n.1, p.13-18, jan./fev. 2012.

SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. S.; SANTOS, J. M.; VARGENS, O. M. C. Medicalização x Humanização: O cuidado ao parto na história. **R. Enferm. UERJ**, v.13, 2005.

SILVA, J. C. **Manual Obstétrico: guia prático para a enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Corpus, 2009.

SILVA, P. A.; **Humanização no cotidiano do (a) enfermeiro(a) ao cuidar de mulheres durante o parto**. 2007. 43p. Monografia- Faculdade de Ciências da Saúde – FACS. Brasília, 2007.

SILVA, A. P. M. V. et al. **Assistência pré-natal**. 2013. Disponível em: [http://meac.ufc.br/obstetricia/manual\\_meac/documento\\_em\\_PRE-NATAL.pdf](http://meac.ufc.br/obstetricia/manual_meac/documento_em_PRE-NATAL.pdf) Acesso em: 16 maio 2016.

SIMÕES, E.; MAIA, R. D. **Manual para Normalização de Projetos de Pesquisa, Monografia e Trabalhos Científicos**. Montes Claros, 2012. Disponível em: [http://www.femc.edu.br/novo/arquivos\\_upload/downloads/173.pdf](http://www.femc.edu.br/novo/arquivos_upload/downloads/173.pdf) Acesso em: 22 outubro 2015.

TABARRO, C. S.; et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.445-52, 2010.

VIEIRA, F. et al. **Diagnósticos de Enfermagem da nanda no período pós parto imediato e tardio**. 2010. Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20101/artigo%2011.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2011.pdf) Acesso em: 15 maio 2016.

VILA NOVA, Sebastião. **Introdução à Sociologia**. 6 ed. Rev. São Paulo: Atlas, 2004.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 437f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada Sra,

Esta pesquisa intitulada por **Avaliação da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto normal na ótica das puérperas** está sendo desenvolvida por RENATA COSTA GONÇALVES, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da Professora Esp. Ana Cristina Arrais. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: avaliar a assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas. Objetivos Específicos: caracterizar as puérperas entrevistadas; descrever a operacionalização dos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto normal, de acordo com a fala das puérperas; verificar os aspectos positivos da assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas; identificar os aspectos negativos da assistência de enfermagem na evolução do trabalho de parto normal sob a ótica das puérperas.

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa refere-se ao desejo de conhecer como é a assistência de enfermagem às parturientes quando as mesmas estão vivenciando seu trabalho de parto normal, espera-se que esta pesquisa seja de relevância para estudantes e profissionais de saúde. Como instrumento para coleta de dados iremos utilizar um roteiro de entrevista, onde a mesma ocorrerá depois da explicação de todo o roteiro e após assinatura do TCLE, em um local reservado, tranquilo e silencioso, para que a mulher possa se sentir mais à vontade em responder às perguntas. As respostas serão gravadas em um aparelho gravador de voz e as informações colhidas serão transcritas e analisadas.

Desta forma, venho por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar sua participação que será de grande importância nesta pesquisa e autorização para utilizar os resultados para fins científicos como monografias, periódicos, congresso, seminários, etc. tendo como critérios de escolha para esta pesquisa que as puérperas devem aceitar assinar o TCLE, ter vivenciado o trabalho de parto normal e ter idade superior ou igual a 18 anos. E os critérios de

exclusão serão: as puérperas com mais de 48 horas pós-parto e puérperas que estejam incapacitadas física e/ou mentalmente de responder as perguntas.

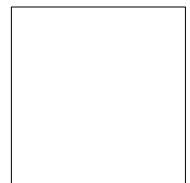
Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, como o de gerar um possível constrangimento ou desconforto à participante. Tem como benefícios contribuir na discussão da temática, como também servirá de instrumento para mudança da realidade encontrada e é de grande valia para o campo acadêmico. Somentamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

A pesquisadora<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa da IES<sup>2</sup> estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Prof<sup>a</sup>. Esp. Ana Cristina Arrais<sup>1</sup>  
 Pesquisadora Responsável



<sup>1</sup> **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: [cep@facene.com](mailto:cep@facene.com)

<sup>1</sup> Pesquisadora Responsável: Ana Cristina Arrais

**Endereço profissional do Pesquisador:** Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP: 59628-000 Telefone (84) 3312-0143

**E-mail do pesquisador:** [anaarrais@facenemossoro.com.br](mailto:anaarrais@facenemossoro.com.br)



## Participante da Pesquisa/testemunha

## APÊNDICE B- Roteiro de entrevista com as puérperas

**Caracterização da Amostra:**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Escolaridade: ( ) E. Fundamental Incompleto; ( ) E. Fundamental Completo;  
( ) E. Médio Incompleto; ( ) E. Médio Completo; ( ) E. Superior incompleto;  
( ) E. Superior completo.
3. Estado Civil: ( ) Solteira; ( ) Casada; ( ) Divorciada; ( ) Viúva.
4. Religião: ( ) Católica ( ) Protestante ou evangélica ( ) Espirita ( ) outras.
5. Renda familiar: ( ) Menos de 1 salário mínimo;( ) 1 a 3 salários mínimos; ( )  
Mais de 4 salários mínimo.
6. Paridade: G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
7. Filhos vivos: \_\_\_\_\_
8. Tipo de Residência: ( ) Alugada; ( ) Casa Própria; ( ) Emprestada.

**Perguntas Especificas do Tema:**

1. Depois que você foi admitida no setor, como foi a assistência que você recebeu dos profissionais de enfermagem?
2. Nos momentos de dor, o que era feito para amenizá-las por parte desses profissionais?
3. Quais os aspectos positivos da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto?
4. Quais os aspectos negativos da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto?

**ANEXO**