

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ FACENE/RN

DÉBORA ALVES DA COSTA

**PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DO PARTO
NORMAL E/OU CESÁRIO**

MOSSORÓ

2015

DÉBORA ALVES DA COSTA

**PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DO PARTO
NORMAL E/OU CESÁRIO**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

MOSSORÓ

2015

C87p

Costa, Débora Alves da.

Percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou cesáreo/ Débora Alves da Costa. – Mossoró, 2015.

56f.

Orientador: Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Tipos de parto. 2. Puérpera - percepção. 3. Obstetrícia. I. Título. II. Martins, Patrícia helena de Moraes Cruz Martins.

CDU 618.2

DÉBORA ALVES DA COSTA

**PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DO PARTO
NORMAL E/OU CESÁRIO**

Monografia apresentada pela aluna Débora Alves da Costa do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, tendo obtido conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

ORIENTADOR

Prof.^a Ma. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof.^a Esp. Giselle dos S. Costa Oliveira (FACENE/RN)

MEMBRO

Dedico esta conquista a Deus por ter me dado forças para realizar esse sonho, a minha família por ter me apoiado nos momentos mais difíceis, em especial a minha filha Bianca Gabrielly, a quem eu amo incondicionalmente, vocês representam a força, determinação e inspiração em todos os momentos no percurso desta conquista.

Agradeço primeiramente a **Deus** pela vida, pela sabedoria, por ter me dado saúde e forças para superar todas as dificuldades e não me deixar desanimar, por todas as minhas conquistas pessoais e desde já as conquistas futuras, e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais, que não mediram esforços em me ajudar durante a realização dessa graduação.

O meu maior agradecimento vai para as pessoas que foram, são e sempre serão os meus exemplos de vida, aos meus amados pais, **Renilda Alves** e **Nerivan Bezerra**, dedico a vocês essa conquista e agradeço tudo que vocês fizeram, as orações, cuidado, confiança, contribuição financeira e que continuam fazendo por mim para que tudo se tornasse possível, e que nos momentos difíceis, com muito amor e carinho, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da vida. Não tenho palavras para decifrar o quanto significam pra mim! Obrigada por me mostrarem que a humildade é a maior virtude do ser humano.

A minha filha **Bianca Gabrielly**, a minha princesa, razão da minha vida, por você sou capaz de tudo, por você sou uma pessoa melhor, pois você é a minha promessa de Deus, é a minha vida.

Ao meu irmão **Guilherme Alves**, pelo amor e paciência comigo, mesmo sem saber me deu uma força inexplicável.

A todos os meus familiares, principalmente a minha querida avó **Rita Alves** que é uma mulher que passa muitos ensinamentos para minha vida, e que sempre me passou energia positiva para eu poder chegar até onde cheguei. Uma avó admirável, guerreira, cuja convivência eu quero ter por muitos e muitos anos. Amo-te!

Ao meu companheiro, melhor amigo e amor da minha vida **Gleilson Davi** que sempre esteve ao meu lado durante esses anos, meus eternos agradecimentos pelo incentivo, pelos tantos conselhos, pelas palavras de conforto nos momentos de dificuldades, pelos puxões de orelhas, por um simples abraço e pela paciência comigo. Talvez o maior responsável por tudo isso e a quem dedico também tudo o que eu alcancei, porque quando pensei em desistir, ele me mostrou o quanto sou capaz. Quando achei que não conseguiria, me ajudou a levantar e me mostrou com toda a sua sabedoria que eu posso sempre mais. Nunca vou esquecer todos os seus gestos de amor e companheirismo. Obrigada pela família maravilhosa que ganhei ao seu lado, seus irmãos **Guilherme Dimas** e **Gledson Daniel**, e

sua mãe **Rosalda Maria**, a quem também sou eternamente grata por todos os conselhos, brigas, aconchego de casa, amizade verdadeira e por poder ajudar com nossa princesinha. Você é um exemplo de homem e de pai que nossa filha **Bianca Gabrielly Alves de Moraes**, com certeza irá muito se orgulhar, assim como eu. Você é muito especial, te amo muito!

As minhas grandes amigas de turma e coração **Bárbara Luana, Marina Melo e Ravana Morgana**, obrigada por todos os momentos que passamos ao longo desses quatro anos, tarde de estudos, trabalhos, brigas, companheirismo, lanches compartilhados, caronas, palavras de apoio, por sempre tentarem me ajudar da melhor maneira possível, nunca vou esquecer nada do que vivemos, tenho certeza que levarei vocês para o resto da minha vida. Desejo muito sucesso a cada uma de vocês, nossa hora chegou!! Terei sempre vocês em meu coração, contem comigo sempre!

Aos demais colegas da turma, que ao longo dos anos foram tornando-se pessoas cada vez mais próxima e queridas, porque e meio a tanta correria, tensão e exaustão da rotina das aulas e estágios, com as brincadeiras, sorrisos, amizades e parcerias, tornaram os momentos mais prazerosos e divertidos. Vou levá-los sempre comigo, em especial suas histórias. Levo comigo o espelho de determinação, de superação e de dedicação. **Gabriela Costa, Jéssica Katiane, Ana Caroline, Patrícia Oliveira**, obrigada por fazerem parte da minha vida, agora não só acadêmica, mais também como colegas de profissão. Hoje vocês tem um espaço reservado em meu coração.

A todos os **Mestres**, pelo aprendizado que foi repassado, pelo empenho, por chegar muitas vezes na sala de aula, rodeada de expressões desinteressadas, cansadas e distantes, e mesmo assim oferecer o seu melhor, combater os mil e um desafios que muitas vezes impomos e ministrar aulas com maestria e empolgação.

A minha excelente professora e tão querida **Patrícia Helena**, obrigada por aceitar ser minha orientadora. Agradeço-te pela paciência que teve comigo, pelos incentivos, dedicação, sugestões, puxões de orelha, cobranças, por me apoiar nos momentos difíceis, por sempre me falar palavras animadoras, por ao invés de me repreender me passar tranquilidade falando que iria da tudo certo. Só tenho a te agradecer por essa conquista, que Deus te abençoe hoje e sempre.

As professoras **Amélia Resende** e **Giselle Santos** que me proporcionaram a honra de serem membros da minha banca examinadora, obrigada por observarem percepções preciosas no desenvolvimento desse trabalho.

A bibliotecária **Vanessa Camilo**, pela receptividade, doçura, competência e paciência que sempre acrescentava em seus trabalhos os seus dedinhos mágicos nas correções. Muito obrigada!

Agradeço a **Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE**, por ter contribuído com mais essa etapa da minha vida, minha tão sonhada formação acadêmica.

Enfim, a todos que direta e indiretamente contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade, o meu muito obrigada!

Não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano, sempre que alguém descobre esse poder algo antes considerado impossível se torna realidade.

Albert Einstein

RESUMO

O parto normal, é definido como a saída do bebê que ocorre pelo canal vaginal, em contra partida, a cesariana é uma intervenção cirúrgica, resultado de conhecimentos obstétricos, destinada para extração do feto por incisão abdominal e da parede do útero. O referido estudo teve como objetivo geral: Analisar as percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou cesáreo e como objetivos específicos: caracterizar o perfil socioeconômico das puérperas entrevistadas; conhecer a opinião das puérperas sobre os tipos de parto; descrever os fatores que influenciam na opinião das puérperas a escolha de tipo de parto; e Identificar o conhecimento das puérperas sobre os tipos de parto. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa. A população foi constituída por puérperas, que realizaram parto normal e/ou cesáreo, internas nas enfermarias do Hospital da Mulher Parteira Maria Correia. A amostra foi construída por 10 (dez) puérperas que realizaram parto normal e 10 (dez) puérperas que realizaram parto cesáreo, perfazendo uma amostra de 20 participantes, por meio da técnica de amostragem aleatória. Foram incluídas nesta pesquisa as puérperas com idade superior a 15 anos, que passaram por processo de parto na instituição, participaram voluntariamente da pesquisa, assinaram o TCLE (Termo de Compromisso Livre e Esclarecido), e quando a puérpera apresentou menor idade assinou o Termo de Assentimento. Para a análise dos dados quantitativos, foram realizadas técnicas estatísticas, representadas por tabelas e posteriormente a interpretação destes e para a análise qualitativa, foi desenvolvida através da técnica analítica do discurso por categorização. Os resultados obtidos com as puérperas entrevistadas para a caracterização do perfil socioeconômico demonstram que houve predominância de 40% entre as idades de 21 a 31 anos, 35% possuem 1º grau incompleto, 40% mulheres solteiras, 35% apresentam renda familiar de 1 salário mínimo, 45% trabalham no lar, 40% são católicas, e 40% apresentam Gestação 1, Parto 1 Aborto 0. Quanto a opinião e conhecimento das puérperas sobre os tipos de parto, as entrevistadas mostram que ambos apresentam o mesmo significado, no que se refere aos benefícios e malefícios. No que tange os fatores que influenciam na escolha de tipo de parto, mostra-se que a decisão pelo parto normal ou parto cesáreo estão relacionados aos aspectos culturais, experiências anteriores, crenças, medo da dor, e informações prestadas no pré-natal. A compreensão acerca da opinião e conhecimento sobre os tipos de parto, foi diversificada pelas mulheres, desde o conhecimento correto como os errôneos. Assim, faz-se necessário que as mulheres detenham as informações corretas, para que possam escolher melhor a sua via de parto.

Palavras - Chave: Saúde da Mulher. Parto normal. Parto cesáreo.

ABSTRACT

The natural childbirth is defined as the output of the baby that takes place by the vaginal canal, in against departure, cesarean section is a surgical procedure, obstetrical, intended for extraction of the fetus by abdominal incision and the wall of the uterus. This study had as general objective: to analyze the perceptions of the recent mothers from the experiences of the natural childbirth and/or cesarean, and as specific goals: characterize the socioeconomic profile of recent mothers interviewed; knowing the opinion of recent mothers about types of calving; describe the factors that influence the opinion of recent mothers the choice of type of childbirth; and identify the knowledge of recent mothers about types of calving. This is a descriptive and exploratory character research with quantitative and qualitative approach. The population was made up of recent mothers, who conducted regular and/or cesarean, the domestic women's Hospital wards Parterira Maria Correia. The sample was built by 10 (ten) recent mothers who conducted regular and 10 (ten) recent mothers who performed cesarean labor, a sample of 20 participants, by means of random sampling technique. Were included in this research the recent mothers over the age of 15 years, who's been through childbirth process at the institution, participated voluntarily, signed the TCLE (term of commitment free and clear), and when the who has recently given birth showed lower age signed the deed of assent. For quantitative data analysis, statistical techniques, represented by tables and subsequently the interpretation of these and for the qualitative analysis, was developed through the analytical technique of the speech by categorization. The results obtained with the recent mothers interviewed for the characterization of the socioeconomic profile demonstrate that there was a predominance of 40% between the ages of 21 to 31 years, 35% have 1st degree incomplete, 40% single women, 35% feature family income of 1 minimum wage, work in the home, 45% are catholic and 40% 1 pregnancy, 0 Abortion, 1 childbirth pregnancy. As the opinion and knowledge of recent mothers about the types of childbirth, the interviewed show that both have the same meaning with regard to benefits and harms. Regarding the factors that influence the choice of delivery type, shows that the decision by vaginal delivery or cesarean delivery are related to cultural aspects, previous experiences, beliefs, fear of pain, and information provided in prenatal care. Understanding about the opinion and knowledge about types of calving, was divers.e for women, since the correct knowledge as erroneous. Thus, it is necessary that women hold the correct information so that they can choose the best way of delivery.

Keywords: women's health. Natural childbirth. Cesarean labor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	07
1.2 HIPÓTESE	09
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DA MULHER	11
3.2 PARTO NORMAL X PARTO CESÁRIO	12
3.3 INFLUÊNCIAS NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO.....	15
4 PERCURSO METODOLÓGICO	17
4.1 TIPO DA PESQUISA	17
4.2 LOCAL DA PESQUISA	17
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	18
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	19
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	19
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	20
4.8 FINANCIAMENTO	21
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	22
5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS	22
5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS	26
5.2.1 Experiências vivenciadas pelas mulheres durante o nascimento e sentimentos da puérpera acerca do parto.....	27
5.2.2 Escolha de parto e fatores contribuintes na escolha.....	31
5.2.3 Preferência pelo tipo de parto e informações adquiridas no pré-natal	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	38

APÊNDICES	43
ANEXO.....	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A gravidez é um episódio fisiológico na vida da mulher, constituindo uma experiência enriquecedora e com forte embasamento positivo social, vivenciado por mulheres e homens, apresentando intensas transformações (MALHEIROS et al., 2012). Barretto e Oliveira (2010) evidenciam que na primeira gestação, a mulher passa por alterações fisiológicas e psicológicas, para assim poder trazer a vida a um novo ser e compreender melhor sua nova imagem, possibilitando o desenvolver a dedicação ao outro, a paciência, a constatação que o outro é diferente, de tolerar a contrariedade e de compreender diariamente a amar. A experiência da parturição desempenha um papel importante na vida das mulheres, exercendo um papel único e privativo, o de ser mãe (VELHO et al., 2012).

Destaca-se que no passado, era de responsabilidade única e exclusiva a prática ao parto apenas por mulheres, denominado como parteiras, dominando-se apenas o conhecimento empírico, onde as mesmas eram conhecidas por suas experiências na sociedade. O processo de parturição era realizado nas suas próprias residências, onde as mulheres trocavam conhecimentos e constataavam suas afinidades. A partir da década de 40, no século XX, o processo parturitivo passou a ser vivenciado na esfera pública, por instituições de saúde, como um processo natural, privativo e familiar, permitindo o controle do período gravídico puerperal e a medicalização, o que conduziu a submissão da mulher, deixando-a de ser a protagonista do processo de parturição (MOURA et al., 2007).

Devido à perda da privacidade e autonomia, a mulher passa a ser submetida sem o devido esclarecimento e consentimento, a práticas e normas institucionais, impossibilitando a presença de pessoas de seu convívio familiar, tornando o processo parturitivo um momento de excessivo sofrimento físico e moral. Atualmente no Brasil, o modelo biomédico é muito utilizado com as práticas intervencionistas o que contribuem para o acréscimo de altos índices de cesáreas, muitas vezes, realizados sem necessidade, dificultando o processo fisiológico do parto normal, desencadeando consigo o medo, a tensão e a dor das parturientes (MOURA et al., 2007).

No ano de 1984, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), foi criado para inserção do aspectos relativos a alta taxa de produtividade, compreendendo a assistência da mulher em clinica ginecológica, no planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, no climatério, câncer de colo de útero e de mama e outras necessidades, incluindo ações

educativas, de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, a partir do perfil populacional de cada mulher (PAZ; SALVARO, 2011).

Conforme Paz e Salvaro (2011), o SUS foi certificado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Com isto, a Constituição Federal, afirma o conceito de saúde como direito: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, onde deve-se promover a promoção, proteção e recuperação de doenças”.

O Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo da humanização no novo modelo de atenção, promovendo à melhoria da assistência durante a gestação, parto e puerpério a mulher, ao recém-nascido e seus familiares (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

No ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), foi criada pelo Ministério da Saúde, que remete ao processo de criação e implantação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) (PAZ; SALVARO, 2011).

No plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Incluem-se aí a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, cuja realização é fundamental para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004, p. 1282-1283).

O parto, também nomeado como nascimento, é a expulsão do feto do útero materno. Para tal fim, os dois partos mais utilizados são: o parto cirúrgico (cesariana/cesárea) e o parto vaginal (normal) (SANTOS; SILVA, 2005).

O parto normal, por tantas vezes, é considerado como melhor opção de parto para a mãe e o bebe, pois possui menor risco de infecção e acontece de forma mais natural (CRIZÓTOMO; NERY; LUZ, 2007).

A cesariana ou parto cesáreo, é um procedimento cirúrgico, realizado frequentemente no Brasil, ainda que o parto normal seja preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e entidades médicas, como melhor via de parto, tendo em vista as necessidades e particularidades de cada gestante (SANTOS; SILVA, 2005).

Para isso, diversos enfoques influenciam as mulheres na escolha do tipo de parto, como a ansiedade em relação ao parto; experiências anteriores satisfatórias em relação ao parto normal ou cesáreo; a dor pós-parto pelo procedimento de cesárea; desejo de fazer a cirurgia de laqueadura tubária no mesmo procedimento cirúrgico da cesárea; a sexualidade prejudicada por parto cesáreo; e a referência do medo associando-se a falta de informação sobre o processo de parto e puerpério (HAUCK, 2010).

A atenção ofertada dos profissionais da saúde as gestantes é de aspecto fundamental ao atendimento humanizado, para que haja uma avaliação das parturientes em todas suas singularidades. Com isto, é importante analisar a conduta dos profissionais enquanto a proposta de humanização, pois é de primordial relevância um acolhimento íntegro (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Diante do que foi exposto, surgiu o seguinte questionamento: quais as percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou cesáreo?

O presente trabalho justifica-se pela experiência de gestação vivenciada pela pesquisadora associada, por presenciar as vivências das puérperas durante as atividades práticas integradoras, onde pôde-se observar a opinião das mesmas em relação a preferência dos diferentes tipos de parto. O estudo pôde propiciar um melhor entendimento sobre as percepções das puérperas, visando não só um melhor resultado na assistência, como também maior satisfação e benefícios das mesmas.

1.2 HIPÓTESE

As percepções das puérperas participantes da pesquisa a partir das suas experiências são diversificadas e influenciadas por meio social, familiar e cultural, além de informações prestadas no pré-natal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar as percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou cesáreo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil socioeconômico das puérperas entrevistadas;
- Conhecer a opinião das puérperas sobre os tipos de parto;
- Descrever os fatores que influenciam na opinião das puérperas a escolha de tipo de parto;
- Identificar o conhecimento das puérperas sobre os tipos de parto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DA MULHER

Nas primeiras décadas do século XX, foram incorporadas as políticas direcionadas à saúde na mulher no Brasil, voltadas apenas para a gravidez e parto, com destaque no pré-natal e no controle de partos (BRASIL, 2004).

Na década de 70, foi emitido o Programa de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de reduzir as taxas de morbidade materna e infantil. No ano de 1983, após o movimento feminista, que reivindicava a assistência a mulher apenas para a saúde reprodutiva, inferiorizando as demais queixas, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), regido pelo Ministério da Saúde, que teve um papel de suma importância na vida das famílias brasileiras em relação à quando, quantos e qual o intervalo entre os filhos, permitindo o acesso da população aos meios de contracepção, assimilando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação no contexto ginecológico; planejamento familiar; pré-natal, parto e puerpério; climatério; doenças sexualmente transmissíveis; câncer de colo de útero e câncer de mama (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

Na década de 80, foi iniciado o Movimento da Reforma Sanitária, que influenciou a implementação do PAISM, tendo como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (RATTNER, 2014).

Destinando-se a mudanças sobre as políticas voltadas à saúde da mulher, no cenário brasileiro, foi formulado no ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que estabelece a promoção para melhoria da saúde das mulheres, garantia de direitos legalmente constituídos, ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, dentre seus objetivos (SÃO BENTO et al, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) teve o parecer de diversos segmentos da sociedade, como a participação da equipe técnica da saúde da mulher, gestores do SUS, sociedades científicas, e organizações não governamentais, tendo em vista, políticas consoantes as necessidades das mulheres brasileiras, e assim, diminuir os casos de morbidade, e morbidades evitáveis, busca a melhor atenção obstétrica, melhor atenção ao planejamento familiar, combate a violência doméstica e sexual, prevenção e tratamento das

mulheres portadoras de HIV, doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (PAZ; SALVARO, 2011).

A PNAISM foi firmada a partir das lacunas deixadas em relação as, queixas ginecológicas, climatério/menopausa, infertilidade e reprodução assistida, doenças crônico-degenerativas, saúde mental, doenças infectocontagiosas, mulheres portadoras de deficiências, indígenas, negras, presidiárias e lésbicas, avaliadas de políticas anteriores (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

A PNAISM reforça os avanços a humanização, qualidade da atenção à saúde da mulher, e as diferentes políticas do século passado, onde desconsideravam a integralidade do ser mulher. É imprescindível conceituar que a humanização vai além do que tratar bem o próximo, tendo por consideração a garantia da acessibilidade aos três níveis da assistência, tecnologias necessárias, disponibilidade de informações, orientações e participação na avaliação dos serviços (SANTOS, 2014).

A partir de então, a mulher é vista em sua integralidade, tendo sua autonomia no método de decisão e formulação das políticas públicas, para a melhor qualidade da assistência no atendimento de suas reais necessidades (SANTOS, 2014).

3.2 PARTO NORMAL X PARTO CESÁRIO

O parto é uma das etapas mais importantes na vida da mulher, sendo o mesmo estágio, onde ocorre a expulsão do feto por meio da via vaginal, ou a retirada do bebê pelo procedimento cirúrgico da cesariana, que são os tipos mais conhecidos de parto, envolvem também o parceiro e família, sendo compostos por um momento ímpar e com grandes significados, ocasionando assim, uma experiência humana relevante e enriquecedora (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

No campo da saúde, o momento do parto é marcado pelo contexto histórico, social e político, onde o modelo assistencial da prática obstétrica e neonatal esteve direcionado na referência biomédica e nas práticas curativistas (MORAIS FILHO; CECATTI; FEITOSA, 2005).

Diante disso, é de extrema importância que a gestante faça todo o acompanhamento do pré-natal com o médico(a) e enfermeiro(a), para excluir eventuais complicações e para a escolha do melhor tipo de parto (BRASIL, 2010).

O parto normal é um evento fisiológico, que anteriormente era executado nas próprias residências com auxílio de outras mulheres, denominadas de parteiras/parteira leiga/aparadeira/mãe de umbigo, que prestavam assistência a mãe, e realizavam as primeiras intervenções ao recém-nascido. Entretanto, essa assistência era caracterizada por um problema social de grande seriedade, pois havia um alto índice de morbimortalidade materna e neonatal, desencadeando a discussão de gestores estaduais e municipais (SILVANI, 2010).

Diante disso, O parto normal, é definido pela saída do bebê que ocorre em 40 semanas de gestação, onde mas os limites normais estão dentro de duas semanas a mais (42) ou de duas semanas a menos (38) da data estimada para o nascimento do bebê, sendo a indicação mais comum com a posição cefálica do feto. O nascimento ocorre pelo canal vaginal, transcorrendo da maneira mais natural possível, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós parto, com o mínimo de procedimentos, de maneira que evite causar mais dor, complicações e risco de infecções tanto a mãe, quanto ao bebê (BRASIL, 2011).

O ato de parir, que é um processo natural, o que houve a perda da sua essência característica e passou a ser um método medicalizado e patológico (MORAIS FILHO; CECATTI; FEITOSA, 2005).

O trabalho de parto inicia-se voluntariamente entre as 37 (trinta e sete) e as 40 (quarenta) semanas de gestação, com a ruptura da bolsa e saída do líquido amniótico e com a expulsão do rolhão mucoso, na qual a gravida passa a apresentar contrações irregulares, que intensificam-se até permanecerem regulares e com intervalos de 10 (dez) em 10 (dez) minutos. No caso de intervenções, utiliza-se a introdução de soros, e a suspensão da alimentação (ALMEIDA et al.; 2005)

No trabalho de parto, a gestante apresenta 3 (três) distintas fases, que antecedem a expulsão do feto, sendo elas, a primeira é a fase latente que é evidenciada pela dilatação do canal de parto, que pode demorar de 12 (doze) a 16 (dezesesseis) horas, ocasionando dores em consequência das contrações; a segunda fase é a fase ativa, neste momento a mulher está mais próxima de atingir os 10 cm de dilatação, para isso se faz necessário que a mesma comece a fazer força para a descida do bebê. Contudo, é relevante para ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra um rasgamento irregular durante a passagem do bebê, a administração de anestesia local, para realizar a incisão no períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) com cerca de cinco a seis centímetros, conhecida como episiotomia; a terceira e última fase, ocorre após o nascimento do bebê, determinado pela saída da placenta, visto que pode sair voluntariamente ou ser retirada com a ajuda do médico. Com o procedimento de episiotomia, ou lesões da

mucosa, realiza-se a episiorrafia, que é a sutura da incisão efetuada na períneo (CARRARO et al., 2006).

Em relação as vantagens que o parto normal oferece para as mulheres são: uma recuperação mais rápida, menor tempo de internamento, menor risco de infecções, hemorragias e lesões de órgãos, como bexiga, uretra e intestinos, o tamanho do útero é reduzido mais rapidamente, favorece uma melhor produção do leite materno, menor risco de trombose (entupimento das veias), e menor quantidade da perda de sangue. Já para o bebê, os benefícios incluem, melhor atividade respiratória, maior receptividade ao toque, o bebê apresenta-se mais ativo, e apresenta uma melhor receptividade de vínculo mãe e filho (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Durante a gravidez, se existirem fatores de risco, o parto normal passa a não ser a melhor opção de escolha, tendo como contra indicações: doenças transmissíveis da mãe para o feto, posição transversa do bebê dentro do útero, síndromes hipertensivas, gravidez prolongada, doença cardíaca materna ou fetal, e como contra indicações absolutas: o sofrimento fetal, má formações congênitas da pelve, placenta prévia completa e parcial e macrosomia fetal. Antes de tomar a decisão por outro tipo de parto, deve ser avaliada a vitalidade fetal por meio da ultrassonografia e/ou cardiotocografia (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Verifica-se pelos dados retiradas do DATASUS (MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC) em 2013, que a quantidade de nascidos vivos por ocorrência na cidade de Mossoró/RN, é de 7.085, sendo 1.685 por via vaginal, 5.382 por procedimento de cesárea, e 18 classificados como ignorado.

A cesariana é uma intervenção cirúrgica, resultado de conhecimentos obstétricos, destinada para extração do feto por incisão abdominal e da parede do útero, feita sob anestesia peridural ou raquidiana, por consideráveis diagnósticos. Anteriormente, este procedimento cirúrgico, era exclusivo após a morte materna, com destinação de salvar o feto, mas com a queda da taxa de mortalidade, as indicações de cesariana se amplificaram, e passaram a ser um dos tipos de parto mais utilizados (FERRARI, 2010).

O parto cesáreo tem duração em média de 45 minutos a uma hora, a gestante é mantida acordada, mas não consegue fazer movimentos com a parte inferior do corpo, pois apresenta-se anestesiada, também é monitorizada, apresenta acesso venoso periférico (AVP), e sonda vesical de demora (SVD). Normalmente o bebê nasce nos primeiros 15 minutos do ato cirúrgico, mas se faz necessário de pelo menos mais 30 minutos para realização de todas as

suturas, executadas pelo médico obstetra (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

A cesárea pode ser indicada por questões médicas de acordo com a história clínica, ou por solicitação da paciente. Atualmente, o índice deste procedimento por solicitação da gestante, tem sido apontado como exagero, envolvendo questões psicossociais, provocando a falsa impressão de que o parto cesáreo é mais seguro e apresenta menos complicações para o bebê, porém, estudos mostram que este procedimento apresenta duas vezes mais riscos do que o parto normal (MADI et al., 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cirurgia cesariana deveria representar apenas 15% dos casos, mas em contra partida, no Brasil, este procedimento está relacionado há grande número de cesárias desnecessárias.

Os fatores de risco associado ao parto cesáreo incluem, maior risco de infecções, maior risco de trombose nos membros inferiores, maior risco de hemorragias, maior risco de reações aos anestésicos, recuperação mais duradouro após o trabalho de parto, maior incidência de dor no pós operatório. No que se refere ao bebê, o parto cesariano pode ocasionar um maior risco de problemas respiratórios no pós-parto imediato, como a taquipnéia (GAMA et al., 2014).

3.3 INFLUÊNCIAS NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

A saúde da mulher é manifestada em diversos fatores que incluem seu íntimo exposto, manipulado e examinado muitas vezes por um profissional desconhecido. Diante disto, é importante ressaltar a influência da sexualidade sobre a vida da mulher e sobre a decisão das mesmas na preferência do tipo de parto (DOMINGUES et al., 2014). O processo de gerar e parir passa de um evento especificamente biomédico e fisiológico, para um marco político e cultural (BRASIL, 2011).

A escolha da mulher pelo parto normal ou cesáreo sofre, portanto, diversas influências (FIGUEIREDO et al., 2010). Dentre elas destacam-se: a ansiedade em relação ao parto, por ser um momento único na vida da mulher; melhor recuperação no pós-operatório do parto normal, possibilitando uma maior independência no cuidado do recém-nascido e uma melhor execução das tarefas cotidianas, menores riscos de infecção; experiências anteriores satisfatórias em relação ao parto cesáreo, por não terem apresentado dor ou desconforto durante o parto; outro fator é desejo de fazer a cirurgia de laqueadura tubária no mesmo procedimento cirúrgico da

cesárea; a sexualidade prejudicada por parto cesáreo; falta de orientação a respeito do parto normal, onde deve ser exposto todos os seus riscos e benefícios também interferem na decisão da mulher e da família; incentivo dos profissionais médicos pelo procedimento cirúrgico, com essa abordagem as mulheres começam o pré-natal com o desejo pelo parto normal e conclui com uma cesariana (ZORZAM, 2013).

Historicamente, o parto é um ato cultural, moldado pelos valores culturais, religiosos, étnicos, e sociais dominantes de acordo com cada sociedade. Ele constitui um momento relevante no processo de transformação para a maternidade, dando ênfase na competência feminina de gerar e cuidar de uma criança, e competência física para resistir as dores e nutrir seu filho (BRASIL, 2013).

A possibilidade do parto promover benefícios ou danos psicológicos, é de extrema importância na vida da mulher, pois é inserido a nível cognitivo e psicológico, o que pode levar a influenciar as concepções da mulher sobre este momento (BARRETO; OLIVEIRA, 2010).

Diante disto, a mulher deve ser atendida pelo profissional adiante do nível biológico, observando os aspectos subjetivos e emocionais fundamentados na experiência do parto (PIRES et al., 2010).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa.

Conforme Gil (2009), pesquisa é definida como um processo formal e sistemático de investigação, dispendo da metodologia científica, permitindo assim a aquisição de novos conhecimentos no campo da realidade social, destinando-se ao principal objetivo, encontrando respostas para os problemas mediante apresentados.

Pesquisas descritivas têm por finalidade descrever particularidades de determinada população, fenômeno ou estabelecer relações por meio de variáveis, baseando-se nos fatos que serão observados, registrados, explorados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa exploratória, objetiva desenvolver, informar e modificar a formulação de problemas mais preciosos ou hipóteses pesquisáveis, com o desígnio para estudos consecutivos (MARCONI; LAKATOS, 2007).

De acordo com Mendonça (2006), a pesquisa quantitativa descreve métodos quantitativos, por meio de estatísticas desde a mais simples a mais complexa, trazendo dados, indicadores e tendências, para assim analisar, classificar e interpreta – las. Já a pesquisa qualitativa conforme Minayo (2010), é caracterizada como a tentativa de percepção minuciosa de situações apresentadas pelos entrevistados como as relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Utilizamos a pesquisa de campo, com o propósito de conhecer/ ou adquirir conhecimentos acerca do problema apresentado em questão, com base na observação de fatos e fenômenos com controle adequado para determinação do que será coletado (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Conforme o conceito do que seja pesquisa de campo, a pesquisa foi realizada no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, localizado na Rua Francisco Bessa, N° 168, na cidade de Mossoró/RN. A escolha do local deve-se ao fato que a instituição está vinculado ao

Serviço Público de Saúde (SUS), assim como é referência para partos de médio e alto risco no Município de Mossoró e região.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Gil (2009), população é a soma de fundamentos que apresentam pelo menos uma característica em comum. Além disso, segundo o autor citado, é definido como amostra, um subconjunto da população mediante características estabelecidas das mesmas.

A população para efetivação da pesquisa, foi constituída por puérperas, tenham elas realizado parto normal ou cesáreo, internas nas enfermarias do Hospital da Mulher Parteira Maria Correia.

A amostra foi construída por 10 (dez) puérperas que tenha realizado parto normal e 10 (dez) puérperas que tenham realizado parto cesáreo, perfazendo uma amostra de 20 participantes, por meio da técnica de amostragem aleatória.

Quanto aos critério de inclusão, todas tem idade superior a 15 anos, passaram por processo de parto na instituição, participaram voluntariamente da pesquisa, assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e quando a puérperas apresentaram menor idade assinaram o Termo de Assentimento.

Como critério de exclusão, foi destacado as puérperas que possuem idade inferior a 15 anos, que não tenham interesse e/ou disponibilidade em participar da referida pesquisa, não assinarem o TCLE (Termo de Compromisso Livre e Esclarecido), e não assinarem o Termo de Assentimento quando apresentar menor idade.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento de obtenção de coleta de dados e informações foi por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, visando a aquisição de informações relacionadas a temática em questão, sendo composto por perguntas abertas e fechadas.

Conforme Gil (2010, p.105), “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador”, permitindo assim ao informador, respostas claras e espontâneas em relação ao tema da pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi implementada, pois o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE João Pessoa, onde foi avaliado. Posteriormente após a aprovação, foi encaminhado um Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE, MOSSORÓ-RN, a direção administrativa do Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, informando que a pesquisa se encontrava apta a ser realizada, assim o estudo iniciou a fase de coleta de dados.

Antes da aplicação do instrumento para coleta de dados, as participantes foram informadas quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, bem como em relação à garantia do sigilo, a desistência em participar a qualquer momento da pesquisa sem sofrer nenhum dano e anonimato das informações, que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, Nº 466/2012 (BRASIL, 2012b). As participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e se apresentaram menor idade, assinaram o Termo de Assentimento, onde estes serão mantidos em arquivos por cinco anos pela pesquisadora responsável.

Após a assinatura do TCLE e quando apresentou menor idade, a assinatura do Termo de Assentimento, as participantes foram encaminhadas para um ambiente tranquilo e livre de interrupções, para a realização da entrevista, onde a pesquisadora fez o registro por escrito em tempo real que foram gravadas com auxílio do aparelho eletrônico e, posteriormente, transcritas na íntegra onde foi avaliado, analisado e realizado a discussão dos dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram analisados de forma quanti-qualitativa. Segundo Marconi; Lakatos (2010), o método utilizado por meio de habilidades é evidenciado de forma sucinta e precisa para obtenção de uma melhor apreciação, podendo ser empregado na forma de gráfico analíticos ou informativos.

Tendo em vista uma melhor interpretação dos dados quantitativos, foram realizadas técnicas estatísticas, representadas por tabelas e subsequente a interpretações das mesmas, oferecendo ao pesquisador uma melhor percepção da literatura.

Já os dados qualitativos foram analisados através da técnica analítica do discurso por categorização. De acordo com BARDIN (1979), este método é assimilado por uma

categorização de elementos que estabelecem um conjunto, estando a diferenciação, seguida de reagrupamento por intermédio do gênero pautado em critérios anteriormente definidos.

A técnica de análise de conteúdo se compõe de duas etapas: A fase de organização é composto pela pré- análise, seguido da exploração do material que é onde os dados são codificados a partir das unidades registradas. A classificação dos elementos por suas semelhanças e por diferenciações, realizando-se o reagrupamento de acordo com as características de cada um, sendo assim demonstrado pela categorização (CAREGNATO, MUTTI, 2006).

Os participantes da pesquisa foram identificados por nomes de flores, como forma de preservar a identidade.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

No processo de elaboração e construção da pesquisa, foram observados os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde especialmente no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao Termo de Assentimento, ou seja, os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012) garantindo o anonimato das entrevistadas e sigilo das informações confidenciais. Esta pesquisa é embasada pela Resolução do COFEN 311/07 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem sob os aspectos éticos contemplados no capítulo III – do ensino, da pesquisa e da produção técnico – científica (COFEN, 2007).

Após o consentimento das participantes, a pesquisa pode ser realizada, foi informado a garantia do anonimato das mesmas, bem como a garantia da privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa

Como foram citados, os aspectos legais e proteção aos seres humanos na pesquisa foram prontamente atendidos. Posterior à análise e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança /FACENE, foi executada a coleta de dados.

As usuárias, concordantes com a pesquisa assinaram o TCLE, e tiveram total autonomia quanto à recusa na participação da pesquisa, bem como a uma desistência em qualquer momento.

Informamos que o referido trabalho pode apresentar como risco constrangimento e/ou desconforto ao participante da pesquisa. A pesquisa tem como benefícios contribuir na discussão sobre a temática abordada e pode propiciar um melhor entendimento sobre as

percepções das puérperas, visando não só um melhor resultado na assistência, como também maior satisfação e benefícios das mesmas.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada, conforme a previsão do orçamento. A Faculdade Nova Esperança de Mossoró, disponibilizou seu acervo bibliográfico, computadores, orientações pela bibliotecária bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esse item objetiva descrever, organizar e discutir os dados coletados no percurso da pesquisa com o intuito de alcançar os objetivos propostos, onde na primeira parte serão observados os dados de análise quantitativos referentes à caracterização da amostra por dados socioeconômicos e na segunda parte os dados de análise qualitativos.

5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

A coleta dos dados quantitativos foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semi estruturado, o qual oferece ao leitor a descrição de informações sobre a situação socioeconômica das participantes. Contendo perguntas sobre idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação, escolaridade, religião e história obstétrica. Segundo o Instituto de Geografia e Estatística – IBGE (2012) as modificações sociais e econômicas as quais nossa sociedade passar refletem nas condições de vida e saúde da população alavancando assim demandas para o sistema de saúde, moldando a uma nova visão de necessidades de cada cidadão.

Para a efetivação e análises precisas, os dados coletados foram interpretados de forma qualitativa, trazendo a realidade enquanto atendimento e conhecimento das gestantes. As características socioeconômicas são traçadas para o desenvolvimento de uma assistência voltada a realidade das gestantes e das suas reais necessidades. Baseado no exposto, os dados serão visualizados a seguir em forma de tabelas estatísticas para melhor interpretação dos resultados adquiridos.

Tabela 1 – Distribuição das puérperas pela faixa etária, escolaridade e estado civil.

Variáveis	N	%
Idade		
15-20 anos	6	30%
21-31 anos	8	40%
32-40 anos	6	30%
Escolaridade		
1º grau completo	2	10%
1º grau incompleto	7	35%
2º grau completo	3	15%
2º grau incompleto	3	15%
Nível superior completo	1	5%
Nível superior incompleto	3	15%
Nunca estudou	1	5%
Estado civil		
Solteira	8	40%
Casada	4	20%
União estável	7	35%
Separada	1	5%

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Participaram da pesquisa 20 mulheres na faixa etária de 15 a 40 anos de idade, havendo predominância de 40% entre as idades de 21 a 31 anos, e 30% entre as idades de 15 a 20 anos, 32 a 40 anos de idade.

No presente estudo, a predominância da faixa etária descrita predominante é considerado satisfatório, pois os órgãos genitais nessa idade, estão em plena energia fisiológica e anatômica. Conforme Figueiredo et al(2010), existe uma ampla relação entre as condições de saúde das gestantes e sua faixa etária, tendo assim, a importância do conhecimento da idade das gestantes pesquisadas para que seja identificado as suas reais necessidades, como também uma melhor assistência voltada para as mesmas, durante a assistência de pré-natal, parto, e pós parto.

No que se refere a escolaridade, 35% possuem 1º grau incompleto, 15% o 2º grau completo, 15% o 2º grau incompleto e 15% ensino superior incompleto, 10% o 1º grau completo, 5% nível superior completo e 5% nunca estudou. Com isso, sabe-se que a educação está fortemente associada ao adiamento da primeira gravidez, visto que o menor nível educacional ocasiona maior fecundidade, ao oposto a um maior nível educacional que apresenta uma queda na taxa de fecundidade. Segundo Melchiorre et al (2009), a predominância de

pacientes jovens e de baixa escolaridade com domínio do ensino fundamental, é considerado fator de risco para a gestação, conforme o Ministério da Saúde.

Em relação ao estado civil das participantes, verificou-se um domínio de 40% mulheres solteiras, 35% apresentam união estável com seus companheiros, 20% casadas e 5% separadas. É importante destacar que a predominância das mulheres que se encontravam com o estado civil solteira, é baseado em um relacionamento onde apresentou-se uma gravidez não planejada, podendo acarretar abortamentos na mãe e um declínio no cuidado a gestação. De acordo com os estudos realizados por Leguizamón Júnior; Steffani; Bonamigo (2013), a falta de um cônjuge no domicílio está diretamente relacionado a baixa adesão ao pré-natal das gestantes, tanto das adolescentes como adultas, e ao baixo peso ao nascer do recém-nascido. Por isso, a presença do companheiro é de grande importância, visto que o mesmo pode exercer apoio econômico e psicológico a gestante.

Tabela 2 - Distribuição das puérperas por renda familiar, ocupação e religião.

Variáveis	N	%
Renda		
1 salário mínimo	7	35%
2 salários mínimos	5	25%
3 salários mínimos	2	10%
Sem renda fixa	6	30%
Ocupação		
Do Lar	9	45%
Estudante	4	20%
Autônoma	1	5%
Pedagoga	1	5%
Outros	5	25%
Religião		
Evangélica	8	40%
Católica	8	40%
Não tem religião	4	20%

Fonte: Pesquisa de Campo (2015).

Com esta tabela podemos observar que 35% tinham renda familiar de 1 salário mínimo, 25% 2 salários mínimos, 10% 3 salários mínimos, e 30% não apresentavam renda fixa. Na atualidade, o número mais elevado de gravidez ocorre nas camadas sociais mais baixas. Por

isso, a baixa escolaridade, ou até mesmo a evasão da escola é um dos fatores que podem levar a uma gravidez, como também a falta de projetos de vida. Tendo isso como ponto de vista social, a baixa escolaridade na gravidez acarreta maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, apresentando interferência nos padrões de vida e família, aumentando o círculo da pobreza (XAVIER et al, 2013).

Destacaremos as puérperas pela profissão sendo 45% do lar, 20 % são estudantes, 5% autônoma, 5% pedagoga e 25% exerciam outras profissões. Observou-se que a maioria das mulheres não trabalhava fora de casa, mostrando que, sem profissão, as chances de inserção de trabalho ficam comprometidas, assim como o sustento familiar. O maior acesso das mulheres ao emprego, está indicado diretamente com a importância da escolarização, além disto, reflete a melhor situação familiar, o que é evidente que mulheres que apresentam níveis de renda inferiores enfrentam barreiras que dificultam o andamento de trajetórias adiantes e de qualidade (SANTANA et al, 2010).

No que se diz respeito a religião das puérperas, 40% são católicas, 40% evangélicas e 20% não tem religião. A sociedade vem passando por diversas mudanças em sua total estrutura, aceitando a sexualidade na adolescência, gravidez, e o sexo antes do casamento, diminuindo os tabus e estigmas e aumentando a atividade sexual e gravidez. Weidle et al (2014), destaca que a identificação da religião adotada se relaciona diretamente com o comportamento sexual, pois a religião católica, por vezes apresenta valores que encorajam as mulheres a desenvolver o contato sexual precoce, diferente da religião evangélica que tem crescido de modo geral, sendo bastante rígida no que se diz respeito a pratica sexual pré-casamento.

Tabela 3 - Distribuição do perfil obstétrico das puérperas

Variáveis	N	%
História obstétrica		
G1 P1 A0	8	40%
G2 P2 A0	5	25%
G3 P3 A0	2	10%
G3 P2 A1	1	5%
G4 P4 A0	2	10%
G6 P6 A0	1	5%
G6 P5 A1	1	5%

Fonte: Pesquisa de Campo (2015).

Essa tabela nos demonstra a história obstétrica das puérperas onde 40% apresenta Gestação 1 Parto 1 Aborto 0, 25% Gestação 2 Parto 2 Aborto 0, 10% entre Gestação 3 Parto 3 Aborto 0, Gestação 4 Parto 4 Aborto 0, e 5% entre Gestação 3 Parto 2 Aborto 1, Gestação 6 Parto 6 Aborto 0 e Gestação 6 Parto 5 Aborto 1. Esses dados corroboram que a maioria, 40% apresenta a sua primeira gravidez, e que as demais se não tiveram alguma educação em saúde e ações de planejamento familiar durante a gravidez e pós parto, engravidaram novamente. Conforme Santana et al (2010), a história obstétrica anterior, assim como o parto, continuará influenciando os momentos posteriores do processo de construção da maternidade, fazendo parte da história da mulher.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Mediante a análise e discussão qualitativa embasada nos princípios da categorização proposta por Bardin. O autor elucida que a categorização pode ser previamente realizada por meio de um conhecimento que o pesquisador possui ou por meio da análise do material de pesquisa (BARDIN, 1979).

Desta forma apresentaremos a caracterização das participantes da pesquisa por meio de categorias que foram divididas em: Experiências vivenciadas pelas mulheres durante o nascimento e sentimentos da puérpera acerca do parto; escolha de parto e fatores contribuintes na escolha; preferência pelo tipo de parto e informações adquiridas no pré-natal.

Por meio das categorias apresentadas foi desempenhada a análise dos dados aos quais destacaremos as considerações acerca das informações contidas nas falas das entrevistadas, opinião da pesquisadora e discussão de literatura consultada.

Participaram da pesquisa 20 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão e assinaram o TCLE. Para melhor resultados, bem como para manter o anonimato das entrevistadas, as mesmas serão identificadas com nomes de flores, são elas: *Alpinia Rosa*, *Cravina Rosa*, *Amor Perfeito*, *Acafrão*, *Copo de Leite*, *Celósia*, *Cravo*, *Flor de Cenoura*, *Anêmona*, *Azaléia Branca*, *Amarílis*, *Azaléia Rosada*, *Bardana*, *Bromélia*, *Centáurea*, *Consolida*, *Cornizo*, *Boca de Leão*, *Cerejeira* e *Gardênia*.

Tendo como base essa escolha se deu ao fato de que quando uma mulher fica grávida, gerando em seu ventre uma nova vida, ela passa por diversos sentimentos bons e emoções que nos desperta o amor incondicional. Uma flor sempre desperta em nós os mais variados sentidos, é difícil ficar indiferente perante a sua presença e a sua fragrância. Além de bonitas, as flores

têm a capacidade de expressarem os nossos sentidos e emoções, é uma forma de exercitar o amor, o amor ao próximo, como o amor entre mãe e filho.

5.2.1 Experiências vivenciadas pelas mulheres durante o nascimento e sentimentos da puérpera acerca do parto

A vivência do parto é um momento único e uma experiência marcante e significativa na vida de uma mulher. Este momento e os sentimentos vivenciados frente ao nascimento de seu filho serão lembrados, nos mínimos detalhes, pela mulher que teve a oportunidade de gerar e parir. A satisfação das mulheres está ligada a diversos fatores, como a cultura, expectativas, experiências e conhecimentos sobre o processo e principalmente, a atenção e os cuidados recebidos no período do parto (SOUZA E SILVA, 2013).

Neste sentido, o depoimento a seguir, obtido a partir da coleta de dados, caracteriza a experiência do parto cesáreo vivenciada pelas mulheres:

“Foi bom, mas eu não gosto não... Pra começar na hora da cirurgia é um nervosismo danado, e depois vem toda essa recuperação que demora. Desde o primeiro eu sempre preferi normal... Mais ai não foi por escolha! Primeiro porque a bolsa rompeu e não tinha mais líquido, e esse porque já estava passando, ai já teve que fazer imediato.... O cesáreo”. Anémona

Como se pode observar na fala destacada anteriormente, a puérpera entrevistada afirmou não ter gostado do parto cesáreo, pelo o nervosismo e ansiedade que o mesmo causa e enfatizou que tinha preferência pelo parto normal, onde não teve direito de escolha de seu parto, já que apresentou complicações.

Neste sentido, é relevante ressaltar que uma cesariana é uma cirurgia abdominal, e por isso como em qualquer outra cirurgia existe um período de recuperação que inclui a cicatrização. O tempo total de recuperação da cesárea varia de mulher para mulher, enquanto algumas conseguem ficar de pé horas após a cirurgia, outras precisam de mais tempo para se recuperar, principalmente se houver algum tipo de complicação durante o parto.

A recuperação pós-cesárea não é fácil, pois é uma cirurgia de grande porte e o corpo precisará de cerca de 6 meses para se recompor. Cerca de 10 a 12 horas após a cesárea uma enfermeira deverá indicar que a mulher deve tomar um banho, o que pode ser aparentemente difícil. Provavelmente, a mulher vai precisar de ajuda e a enfermeira ou um acompanhante

poderão ser necessários. Com isso, para uma melhor recuperação a mulher deverá evitar esforços, dedicando-se apenas ao seu bem estar, à amamentação e aos cuidados com o bebê (HORÁCIO; CARVALHO, 2010).

Por outro lado, outros depoimentos mostram que o parto normal foi uma experiência positiva para as parturientes vivenciarem bons sentimentos, que esteve relacionado com a duração rápida do parto, como podemos detectar na leitura das falas de Bromélia e Cornizo.

“A princípio eu optei pelo parto normal, eu optei tanto pelos benefícios, como populosos também me diziam. Todo o benefício que ele tem para a mulher. Ai foi quando eu cheguei, ela me perguntou novamente, o que era que eu queria se fosse o caso, e eu disse o parto normal. (...)”
Bromélia

“Foi boa, foi rápida... Fiquei muito feliz. Meu filho nasceu saudável. (...)” Cornizo

Por meio destas falas, podemos observar que a escolha do parto se deu pelo o conhecimento dos inúmeros benefícios que ele traz a mãe e ao bebe, assim como enfatiza o sentimento de felicidade do filho nascer saudável.

Diante disso, é importante considerar que a parturiente que vivencia esse momento consciente e com participação ativa pode ter um resultado mais rápido e satisfatório, pois está contribuindo para que essa etapa transcorra no tempo adequado. Com isso, na perspectiva da humanização, a mulher necessita assumir o papel de protagonista na gestação e no parto, estabelecendo uma relação simétrica entre ela e os profissionais de saúde. Dessa maneira, ela garante a possibilidade de expressar seus desejos, seus anseios, medos e angústias, bem como se torna sujeito ativo na escolha de seu processo de parturição (SOUZA E SILVA, 2013).

Sabemos que o parto é considerado um momento único e singular do ciclo gravídico-puerperal, em virtude da ocorrência de muitas mudanças orgânicas e corporais, bem como de emoções intensas, num curto período de tempo. Por isso, independente da paridade da mulher, a experiência de cada parto é única (HORÁCIO; CARVALHO, 2010).

Nesta categoria também podemos evidenciar as opiniões das puérperas em relação aos tipos de parto. Onde pode ser notado que, mesmo tendo realizado o parto cesáreo, a puérpera detinha o conhecimento dos benefícios e da rápida recuperação que o parto normal traz, mesmo mostrando sentimentos negativos relacionados com a dor, porém, ao mesmo tempo, esse sentimento foi superado, por lembrar dos benefícios do parto normal, como mostra a fala abaixo.

“Eu acho que tem grandes benefícios assim, porque (...) Primeiro porque é o parto mais lindo (...) E segundo porque tem todo a recuperação bem mais rápida (...) Tudo coopera para melhor quando é o normal. Tem todo aquele sofrimento, mais em compensação tem grandes benefícios”. Anémona

Neste sentido, o conhecimento dos benefícios do parto normal é notório, pois mostram que incluem uma recuperação mais rápida e um menor tempo de internamento hospitalar. Como podemos observar no depoimento abaixo que retrata o conhecimento das puérperas, satisfação das mesmas pelo tipo de parto realizado e a recuperação rápida.

“O parto normal tem grandes benefícios para mãe e o bebe, maior vínculo, menor risco de infecção”. Bromélia

“É um parto ótimo. Já tô zerada”. Azaléia Rosada

Sabemos que os benefícios para a mãe estão associados a um menor risco de infecção, melhor favorecimento da produção de leite materno, os laços sentimentais com o bebê ocorrem com maior facilidade, e o útero volta ao seu tamanho normal mais rapidamente. Já para o bebe os benefícios incluem uma maior facilidade para respirar, pois ao passar pelo canal vaginal, seu tórax é comprimido e isso faz com que os líquidos de dentro do pulmão sejam expelidos com mais facilidade, também apresentam mais atividade ao nascer, onde o bebê também se beneficia das alterações hormonais que ocorrem no corpo da mãe durante o trabalho de parto, fazendo com que ele seja mais ativo e responsivo ao nascer (LOPES et al, 2009).

No parto normal, as dores são intensas, é muito cansativo, mas depois que o bebe nasce todo aquela dor é recompensada pela chegada do filho.

Diferente da satisfação à opinião ao parto normal, houve insatisfações na opinião ao parto cesáreo, por ser um procedimento cirúrgico, que requer maior tempo de internação, e por possuir maior risco de infecção a mãe e ao bebê.

“Cesáreo corre risco de infecção. Então... o cesáreo é o oposto, que eu já pude acompanhar um paciente de cesariana e eu vi a forma como ela chegou na sala de recuperação. Ela não teve como receber a criança, já veio sondada, eu falava com ela e ela não podia responder, ela só olhava com os olhos pra mim e aos meus comandos. Nossa, foi uma experiência péssima, porque eu como acompanhante também não compreendia, fiquei muito assustada e ela ficou lá parada. Então ela só olhava pra mim com o olho, nem com a cabeça, e eu já pude ver a bebe, e ela não podia ver a bebe na ora que queria. A minha nasceu e

ele já foi me dando ela e já deu aquela sensação de alívio, de, de ver a criança! E o laço da mãe com o bebê. Totalmente diferente”. Bromélia

A entrevistada deixou claro que a experiência vivenciada por outra puérpera foi negativa e marcante, pois a entrevistada que era a acompanhante não conhecia como era o pós parto e ficou assustada por não saber o que fazer. O trauma desse parto levou-a a optar pelo parto vaginal na parturição de seu primeiro filho, por medo também que o mesmo acontecesse com ela.

Diante do que foi exposto, sabemos que a cesariana é considerada por muitos médicos uns dos procedimentos cirúrgicos mais antigos da medicina, que foi desenvolvida para auxiliar em partos de grande risco ou que encontram dificuldade por via natural, visando diminuir a mortalidade das mulheres e dos bebês.

Ainda hoje, muitas mulheres temem as dores do parto natural e decidem pela cesariana, também por imaginar que será melhor para o bebê, o que não é verdade, pois as complicações de uma cesariana podem ser fatais, e são complicações comuns a qualquer tipo de procedimento cirúrgico, como hemorragias, infecção hospitalar, choque anafilático, infecções pós-operatórias, processos alérgicos associados às suturas, isquemia uterina seguida de necrose, dor pós-operatória, efeitos colaterais associados à anestesia (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A mãe e filho podem sofrer igualmente por problema com a produção de leite imediatamente após o parto, pois o corpo pode levar tempo para notar que o bebê já nasceu e o leite precisa ser produzido. Em comparação com partos normais, a cesariana oferece maiores riscos do bebê contrair doenças. Os bebês nascidos por cesariana são majoritariamente prematuros e apresentam problemas respiratórios. A recuperação da mulher é muito mais lenta, necessitando de dois dias para voltar a fazer atividades como andar e cuidar do bebê, e após a retirada dos pontos, a cicatrização da ferida leva entre 5 a 7 dias, já no parto normal, a mãe consegue se levantar e voltar normalmente a suas atividades pouco depois do parto (TEIXEIRA; BASTOS, 2009).

No que se refere a opinião e conhecimento do parto normal e parto cesáreo, os depoimentos das entrevistadas mostram que para as mesmas, tanto a opinião e conhecimento tinham o mesmo significado como mostra a fala a baixo.

“O normal a mãe e o filho tem maior afinidade, e o cesáreo corre risco os dois, é uma cirurgia, é complicado. E o ideal é o médico avaliar e ele mesmo dizer que é a cesárea”. Boca de Leão

Acredita-se que as mulheres conhecem os benefícios e riscos de ambos os partos, e que a cesariana não deve ser eletiva, mais sim porque a mulher apresenta alguma interferência que pode colocar em risco a sua vida ou a do bebê.

5.2.2 Escolha de parto e fatores contribuintes na escolha

Nessa categoria evidenciamos a escolha de parto, e se não houve a escolha, qual o motivo que não a levou a ter decidido, e quais são os fatores que contribuem na escolha do parto.

O parto é um momento mais que especial, em que a mulher, o casal, uma família toda passam por pelo menos 40 semanas esperando um pequeno ser que, embora desconhecido, já é amado. Na verdade, esse “desconhecido” cada vez mais se torna uma expressão distante com a facilidade com que as gestantes hoje em dia tem de realizar ultrassonografias obstétricas, com isso o bebê já é inserido na família antes do próprio nascimento (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A escolha da via de parto deve ser bem pensada e construída ao longo do pré-natal. Sem dúvida nenhuma, uma gestante bem informada é capaz de escolher com segurança a maneira com que seu parto será conduzido. Tanto o parto normal quanto o cesáreo têm seus pontos fortes e fracos.

O primeiro ponto fundamental na escolha da via de parto, a gestante deve conhecer a fundo cada uma das opções, buscando conversar e pesquisar sempre. A mulher é o ponto principal nesse momento, o médico é uma simples interface entre ela e o bebê. A presença do pai, sobretudo nas últimas consultas é importante pois permite que as decisões sejam tomadas de forma mais segura, com maior suporte emocional (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Diante do que foi evidenciado, os depoimentos seguintes mostram que as entrevistadas não tiveram direito de escolha de seu parto e desconheciam o porquê não tiveram direito de optar pelo parto, o que é o oposto aos outros depoimentos que enfatizaram que não tiveram direito de escolha, pois apresentaram alguma intercorrência, sendo realizado o melhor para a mãe e bebê.

“Não. Não sei”. Cravina Rosa

*“Não tive não. Pela perda de líquido e o tempo que já tinha passado”.
Anémona*

“Não, porque minha pressão subiu”. Azaleia Branca

Acredita-se que quando uma mulher vai ter o primeiro filho e está com boa condição de saúde, o médico aconselha a realização do parto normal, mas também é necessário a orientação e ao alerta que existem várias indicações para a cesariana, como: diabetes descontrolada, ter realizado duas ou mais cesárias, primeiro filho com idade avançada, problemas na parte óssea na pelve, cirurgia no útero, hipertensão gestacional, e dentre outros, caso ela apresente alguma intercorrência.

Paralelamente, houve grande progresso nas técnicas de realização do parto natural e cesariano, propiciando argumentos favoráveis a ambos os procedimentos utilizados tanto por obstetras como por gestantes para a justificação de suas escolhas. Dessa forma, as preferências pessoais de obstetras e pacientes despontam em relação aos demais fundamentos técnico-científicos como possíveis fatores que contribuem para o aumento do índice de partos cesarianos (IORRA et al, 2011).

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres manifestou o desejo de realizar o parto normal após a confirmação da gravidez, porém, à medida que realizavam as consultas de pré-natal ou se aproximava o momento do parto, esse desejo era substituído pelo do parto cesáreo. Algumas vezes a decisão pelo tipo de parto ocorreu no momento do parto.

“Não, porque minha pressão subiu”. Azaleia Branca

“O que tinha escolhido antes era o normal... porque volta tudo ao normal no outro dia, na mesma hora. Mas não deu certo”. Celósia

“Dia desses eu assisti na tv a médica falando sobre os benefícios do parto normal. Por isso que queria o normal”. Anémona

Os relatos das entrevistadas permitiram identificar alguns dos fatores que contribuem para a decisão a favor do parto normal e que dizem respeito, de um lado, aos aspectos culturais e experiências anteriores das gestantes e de seus familiares e de outro, às crenças dos profissionais e a relação estabelecida durante a assistência pré-natal. Entre esses fatores, destacam-se as questões relacionadas à mulher, como recuperação mais rápida.

“O primeiro foi a recuperação”. Bromélia

“Porque os partos anteriores foram bons”. Consolida

Por outro lado, foi identificado alguns dos fatores que contribuem para a decisão a favor do parto cesáreo, destacam-se as questões relacionadas à mulher, como medo da dor.

“Medo da dor do parto normal”. Amor Perfeito

Sendo assim, torna-se relevante entender quais os fatores que realmente influenciam as gestantes na decisão da via de parto. A partir desse conhecimento pode-se direcionar a atenção e o cuidado dos profissionais de saúde durante o pré-natal para o esclarecimento de dúvidas das futuras mães, fazendo com que estas decidam com confiança a via de parto pela qual seus filhos nascerão (TEIXEIRA; BASTOS, 2009).

5.2.3 Preferência pelo tipo de parto e informações adquiridas no pré-natal

O Ministério da Saúde no Brasil tem incentivado o parto normal, por meio de campanhas, programas e portarias, por defender que este tipo de parto oferece menor risco de infecções e complicações maternas dentre outras vantagens e, no entanto, os índices de cesáreas no Brasil mantêm-se ainda elevados principalmente devido ao desejo das mulheres por esse tipo de parto, ocasionando um problema de saúde pública. Diante deste quadro, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar continua promovendo campanhas sobre o parto normal, incentivando a sua prática em serviços públicos e privados (DOMINGUES et al, 2014).

A fala evidencia que tanto para a realização de cesárea quanto para o parto normal a argumentação técnica tem um peso significativo na decisão da mulher e, durante o pré-natal, o médico teria um espaço importante para influenciar positivamente a favor do parto normal. No entanto, parece que a influência a favor da cesárea tem sido mais convincente, como podemos perceber na fala de uma entrevistadas.

“Cesárea, pois o meu filho iria nascer no dia que eu quisesse, podendo me preparar para isso (...) O meu médico que me indicou”. Alpinia Rosa

A prática do parto cesariano tem sido recorrente, especialmente entre casos que nem sempre se trata de uma opção que atende às reais necessidades psicossociais das gestantes, mas favorece interesses diversos dos profissionais envolvidos.

Conforme Domingues et al (2014) são constantes as preocupações pelos altos índices de parto cesariano no país por diversos motivos: a exposição desnecessária aos riscos de submissão a procedimento cirúrgico, aumento dos gastos com serviços de saúde, do ponto de vista hospitalar e/ou do médico, aumento da mortalidade materna e fetal, maior probabilidade de nascimento de bebês prematuros, de baixo peso e com transtornos respiratórios e/ou neurológicos.

A maior parte das mulheres brasileiras prefere e deseja o parto normal à cesariana, mas acaba se submetendo à cirurgia por indicação do médico. Existe no Brasil a cultura de que as mulheres preferem a cesariana como opção de parto, no entanto, o parto normal ainda é prioridade na escolha da maioria delas, tanto entre as que utilizam o serviço de saúde pública, quanto o privado.

No que se refere às questões relacionadas as informações adquiridas dos risco e benefícios de ambos os partos no pré-natal e o parto, nota-se que a qualidade da orientação recebida pela gestante, ou até mesmo a falta de informação a respeito do parto normal, também interferem na decisão da mulher e da família desta, fazendo-as optar pelo parto cesáreo.

“Não. Eu achava a enfermeira muito sem jeito(...) Atrasada, até as vacinas (...) O posto de lá é muito devagar, eu ia lá só pra saúde do meu filho” Cornizo

Com isso, mostra-se que a consulta de pré-natal ainda está bastante deficiente, o que se faz necessário que os profissionais de saúde, se atualizem constantemente para ajudar a mulher na escolha do tipo de parto adequado para cada mulher, pois a orientação do profissional influencia diretamente nesta escolha. Cada vez mais a mulher quer participar da escolha da via de parto, pois muitas vezes ela não é esclarecida e esta decisão fica centrada nas mãos do profissional que a acompanha, ficando a gestante mais como um objeto do cuidar do que um sujeito livre para expressar suas opiniões, angústias e medos (SILVESTRE et al, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos as experiências vivenciadas pelas puérperas, na Maternidade Parteira Maria Correia em Mossoró, Rio Grande do Norte, vimos que a percepção sobre a saúde, a vivência da doença e de intercorrências ou situações especiais, como é o caso do parto, envolvem uma explicação pessoal fortemente influenciada pela cultura, que interfere nas escolhas e nos caminhos percorridos em busca de cuidados.

A pesquisa teve como objetivo analisar as percepções da puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou cesáreo. Foi identificado que a influência dos serviços de saúde, em especial das crenças e conhecimentos dos profissionais, no curso dos cuidados durante o período gestacional e na escolha do tipo de parto, é caracterizado por incertezas, pelo enfrentamento de situações desconhecidas, como o acesso à instituição, o desconhecimento da sua dinâmica e de como será prestada a assistência.

Conforme os resultados obtidos a hipótese foi confirmada visto que as puérperas apresentam opiniões diversificadas e influencias por meio social, familiar, cultural e informações prestadas no pré-natal.

Os dados revelaram que há falta de informações adequadas a favor do parto normal durante o pré-natal, realizado quase que exclusivamente pelo profissional médico, o que nos leva a concluir que mudanças neste processo de diálogo e negociação poderão contribuir para diminuir a alta incidência de parto cesáreo. Além disso, as informações que as puérperas apresentam sobre os benefícios e riscos do parto normal e do parto cesáreo, estão muito escassos, o que pode dificultar na escolha futura da via de parto, provocando sentimentos de insegurança, medo da dor e estresse que poderão influenciar também na sua escolha.

Tal entendimento por parte das entrevistadas possivelmente estaria relacionado a uma falta de preparação dessas para o parto normal durante as consultas de pré-natal, espaço este privilegiado para a discussão das questões relacionadas às principais diferenças, vantagens e desvantagens dos tipos de parto, assim como para a promoção da autonomia da mulher nessa escolha.

Portanto, é necessário melhorar a assistência e oferecer informações e educações adequadas a essas gestantes em seu pré-natal, para que ela seja informada sobre os tipos de parto e seu benefícios, e assim feita a escolha, já que atualmente, por falta de informações, ou informações falhas, a mulher opta por um parto mais cômodo, o que muitas vezes não é o mais indicado.

Diante do que foi exposto, as mulheres não detém as informações corretas sobre os tipos de parto, o que nos leva a salientar que o profissional durante a consulta de pré-natal, passe adiante todos os benefícios e riscos que cada parto pode trazer, em específico em cada caso, inserindo a mulher diretamente na escolha de parto, pois a mesma pode e deve ter este momento como reafirmação da capacidade da mulher como mãe.

Espera-se que esta pesquisa venha proporcionar maior conhecimento a enfermagem, e para as mulheres, mostrando as mais diversas lacunas deixadas durante o pré-natal, podendo assim ser representado e oferecido para a construção de uma assistência completa e humanizada, ofertando as parturientes um melhor serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. C.. **Gravidez na Adolescência e Escolaridade: Um estudo em três capitais brasileiras**. 174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-America de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 52-58, jan-fev. 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARRETTO, A. P. V.; OLIVEIRA, Z. M. O ser mãe: expectativas de primigestas. **Revista Saúde.com**, Bahia, v. 6, n. 1, p. 9-23, 2010.
- BRASIL. **Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Departamento de informática do SUS**. Brasília: Ministério da saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvRN.def> Acesso em: 10 ago. 2015.
- BRASIL. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da Gestante em APS**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras: O programa trabalho com parteiras tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.
- CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 97-104, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/2007. **Dispõe sobre o código de ética para profissionais de enfermagem**. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html Acesso em: 20 maio. 2015.

COSTA E SILVA, S. P.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Juazeiro, v.4, n. 1, p.1-9, jan-mar. 2014.

CRIZÓTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres a via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, 2014.

FERRARI, José. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 10, v. 2, p. 409-417, dez. 2010.

FIGUEIREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out-dez. 2010.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n. 2, p. 424-428, 2009.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à cesariana e entre primíparas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 117-127, 2014.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Belo Horizonte, v. 33, n. 10, p. 297-304, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

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

HAUCK, F. T. **Fatores associados à preferência da mulher na escolha do tipo de parto**. 25 f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

HORÁCIO, S. F. L.; CARVALHO, S. M. T. **Análise da escolha da via de parto de primigestas e multigestas**. 26 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2010.

IORRA, M. R. K. et al. Aspectos relacionados a preferencia pela via de parto em um hospital universitário. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.55, n.3, p. 260-268, jul-set. 2011.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E; L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Joaçaba, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013.

LOPES, C. V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enfermagem**, Pelotas, v.14, n. 3, p. 484-490, jul-set. 2009.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006.

MADI, J. M. et al. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Caxias do Sul, v. 35, n. 11, p. 516-522, 2013.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, abr-jun. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia de Científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa e Rede cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Vitória, v. 36, n. 2, p.56-64, 2014.

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, v.13, n.1, p. 13-23, 2009).

MENDONÇA, C. O. L. **Subsídios para a realização da pesquisa científica e de trabalhos acadêmicos**. João Pessoa: Cmendo, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAIS FILHO, O. B.; CECATTI, J. G.; FEITOSA; F. E. L. Métodos para indução de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**, Recife, v. 27, n. 8, p. 493-500, 2005.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul-ago. 2007.

PAZ, A. P. B; SALVARO, G. I. J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docência (REID)**, p. 121-133, Out, 2011.

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Revista de Psicologia**, Franca, v. 25, n. 3, p. 585-602, set-dez. 2013.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, n.2, p. 191-197, jun. 2010.

PORTAL DA SAÚDE. **Mais sobre a saúde da mulher**. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leiamais-saude-da-mulher> Acesso em: 01 ago. 2015.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun, 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. 11. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTANA, Francisco Gomes de et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Tocantins, v. 11, n. 3, p. 35-40, set-dez. 2010.

SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. O Corpo em Trabalho de Parto: Cuidados com a Mulher Parturiente. In: FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém - nascido**. São Paulo: Yendis, 2005. p. 153-206.

SANTOS, M. R. R. **Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?**. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

SÃO BENTO, P. A. S et al. O câncer do colo do útero com o fantasma resistente a prevenção primária e detecção precoce. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**, v. 2, n. 2, p. 776-786, abr/jun. 2010.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set-out. 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Campinas, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SILVANI, C. M. B. **Parto humanizado – uma revisão bibliográfica**. 26 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVESTRE, R. S. et al. Via de parto orientada no pré-natal e a escolha da enfermeira no seu próprio parto. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.8, n. 12, p. 4230-4236, dez. 2014.

SILVA, A. C. S. A importância da preparação para o nascimento e parentalidade, sua influência nas expectativas e satisfação com o parto e os reflexos saudáveis para a nova família. **Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais**, Curitiba, 2013.

- TEIXEIRA, K. C.; BASTOS, R. Humanização do parto. **Congresso Nacional de Educação**, out. 2009.
- VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, 2012.
- VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sócias de mulheres que os vivenciam. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.
- WEIDLE, W. G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.46-53, 2014.
- XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr. 2013.
- ZORZAM, B. A. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. 225 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I: DADOS SOBRE A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS

- a) Idade: _____
- b) Escolaridade: _____
- c) Estado Civil: _____
- d) Renda Familiar: _____
- e) Ocupação/Profissão: _____
- f) Religião: _____
- g) História Obstétrica G___ P___ A___

PARTE II: PERCEPÇÕES SOBRE O TIPO DE PARTO NORMAL E/OU CESÁRIO

- a) Seu parto foi normal ou cesáreo?
- b) Como foi a experiência do parto?
- c) Qual a sua opinião sobre o parto normal?
- d) Qual a sua opinião sobre o parto cesáreo?
- e) Você teve direito de escolha do parto? Se não, por que?
- f) Quais os fatores que contribuíram na sua escolha de parto?
- g) Antes e durante a gestação, você apresentava preferência por algum tipo de parto?
- h) Durante o pré-natal, foram esclarecidas todas as informações dos benefícios e riscos do parto normal e cesáreo?
- i) O que você conhece por parto normal e parto cesáreo?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Sra. está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: Percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou cesáreo. Está sendo desenvolvida por Débora Alves da Costa, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável professora Patrícia Helena de Morais Cruz Martins.

A pesquisa apresentada tem o seguinte objetivo geral: Analisar as percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou Cesáreo. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil socioeconômico das puérperas entrevistadas; Conhecer a opinião das puérperas sobre os tipos de parto; Descrever os fatores que influenciam na opinião das puérperas a escolha de tipo de parto; e Identificar o conhecimento das puérperas sobre os tipos de parto.

A pesquisa apresenta riscos como, desconforto e/ou constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que serão minimizados através das seguintes providências: Esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. Os benefícios relacionados à sua participação será o aumento no conhecimento científico para a área da enfermagem e a contribuição para assistência aos mesmos, com fins de proporcionar maior qualidade de vida através de informações sobre o dado assunto.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como, assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Caso decida aceitar o convite, você será submetida aos seguintes procedimentos: assinar este termo de consentimento autorizando sua participação e, posteriormente, submeter-se a aplicação de uma entrevista semiestruturada com o pesquisador, onde a senhora responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa. Em seguida, a entrevista será composta por perguntas relacionadas aos objetivos propostos. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou

internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

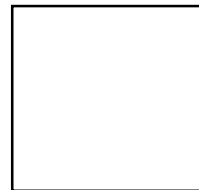
Diante do exposto, agradecemos à contribuição da senhora na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira folha e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.¹

Mossoró, ____ / ____ / ____

Prof.^a. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins²

Pesquisadora responsável



Participante da Pesquisa/testemunha

¹**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

²Pesquisadora Responsável: Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

Endereço profissional do Pesquisador: Av. Presidente Dutra, Mossoró-RN. CEP: 59.628000

E-mail do pesquisador: patriciahelena@facenemossoro.com.br **Fone de contato profissional:** (84) 3312 – 0143

APÊNDICE C – Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada: Percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou cesáreo. Este estudo tem como objetivo geral: Analisar as percepções das puérperas a partir das experiências do parto normal e/ou Cesáreo. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil socioeconômico das puérperas entrevistadas; Conhecer a opinião das puérperas sobre os tipos de parto; Descrever os fatores que influenciam na opinião das puérperas a escolha de tipo de parto; e Identificar o conhecimento das puérperas sobre os tipos de parto.

O motivo que leva a estudar esse assunto é justificado por: O estudo poderá propiciar um melhor entendimento sobre as percepções das puérperas, visando não só um melhor resultado na assistência, como também maior satisfação e benefícios das mesmas.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinar este Termo de Assentimento autorizando sua participação e, posteriormente, submeter-se a aplicação de uma entrevista semiestruturada com a pesquisadora, onde você responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa. Em seguida, a entrevista será composta por perguntas relacionadas aos objetivos propostos. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Para participar deste estudo, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação.

Este estudo apresenta risco mínimo como, desconforto e/ou constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que serão minimizados através das seguintes providências: Esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações

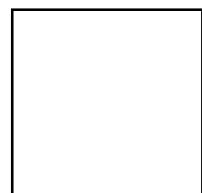
obtidas. Os benefícios relacionados à sua participação será o aumento no conhecimento científico para a área da enfermagem e a contribuição para assistência aos mesmos, com fins de proporcionar maior qualidade de vida através de informações sobre o dado assunto. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, fui informada dos objetivos, justificativa, risco e benefício do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento assinado por mim e pelo pesquisador responsável, e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Mossoró, ____ / ____ / ____

Assinatura da pesquisadora responsável



Assinatura da menor

¹Endereço residencial da pesquisadora responsável: Rua Chiquinho de Ornilo, Mossoró-RN. CEP:59.625012

²Endereço 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

ANEXO

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 9ª Reunião Ordinária realizada em 08 de Outubro 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DO PARTO NORMAL E/OU CESÁREO.", Protocolo CEP: 161/2015 e CAAE: 49864315.7.0000.5179, Pesquisadora Responsável: Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins e das Pesquisadoras Associadas: Amélia Resende Leite, Débora Alves da Costa e Giselle dos Santos Costa Oliveira.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 19 de Outubro de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE