

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN

ZILDA CATARINA DE PAIVA

**PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DA MATERNIDADE
CLAUDINA PINTO DE APODI-RN**

MOSORÓ/RN

2014

ZILDA CATARINA DE PAIVA

**PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DA MATERNIDADE
CLAUDINA PINTO DE APODI-RN**

Monografia apresentado a Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança como
exigência parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

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

MOSSORÓ/RN

2014

ZILDA CATARINA DE PAIVA

**PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DA MATERNIDADE
CLAUDINA PINTO DE APODI-RN**

Monografia apresentado pela aluna Zilda Catarina de Paiva, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^ª. Esp. Cássia Maria Guerra de Sousa (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof^ª. Esp. Giselle dos Santos Costa (FACENE/RN)
MEMBRO

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por ter tornado possível a conclusão da minha graduação, que foi meio a tantas dificuldades não ter me deixado desanimar. Tocando-me de todas as formas e me mostrando que a fé é o segredo para chegar às conquistas desejadas.

À Maria Neuma, minha heroína, minha amiga, minha mãe, obrigada por tudo! Por ter tornado possível tudo isso, pelo apoio, pela contribuição financeira, pelo “jeitinho que sempre dar”, por nos ensinar a importância dos estudos e da formação. Pela senhora, pelos esforços, e na tentativa de retribuí-los, foi que tentei dar o meu melhor.

Aos demais familiares, Wellington e Saúde, em especial, pela paciência quando me fazia ausente, pela força que me deram, conselhos, pelo o suporte que só em vocês eu pude encontrar.

Aos meus amigos e colegas do curso, Aline e Thiago, em especial pelas caronas (risos), em meio de tanta correria, tensão e exaustão da rotina das aulas, com as brincadeiras, sorrisos, amizades e parceria, tornaram os momentos nas salas de aula, mais prazerosos e divertidos. Agradeço por terem feito parte da minha vida todos esses anos. Vou leva-los sempre comigo. Levo comigo o espelho de determinação, de superação e dedicação.

Aos meus professores, pelo aprendizado que foi repassado e empenho.

A Vanessa Camilo, que pra mim e muito se tornou um ícone dentro da FACENE, pela sua paciência, competência e contribuição.

A banca examinadora, pela grande contribuição no trabalho.

E por último, porém não menos especial, minha orientadora linda Patrícia Helena pelo relacionamento de amizade e confiança. Obrigada pelo incentivo, dedicação, pelas sugestões e orientação; Pelos puxões de orelha e cobranças.

RESUMO

A gestação se passa por várias fases, onde chamamos ciclo gravídico-puerperal que é o período que envolve transformações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. A gestante tem que ser bem acompanhada durante o pré-natal, parto e puerpério, com uma assistência qualificada e humanizada para não ocorrer nenhum risco com mãe e filho e favorecendo uma gestação com bem-estar. O presente estudo tem como o objetivo geral: analisar percepção das parturientes sobre a assistência prestada na maternidade Claudina Pinto em Apodi/RN, sendo seus objetivos específicos: identificar as principais intercorrências obstétricas durante o atendimento; conhecer na opinião das puérperas as dificuldades encontradas na assistência obstétrica; verificar na opinião das puérperas os pontos positivos/favoráveis da assistência obstétrica. Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quanti-qualitativa realizada com 10 parturientes, que foram atendidas na Maternidade Claudina Pinto de Apodi/RN. O instrumento para coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista. A análise dos dados quantitativos mostrou que 70% tinham de 18 a 28 anos, 70% estavam solteiras, 80% tinham estudado mais de 8 anos, 70% tinham ocupação de dona de casa, 40% encontravam-se na 1ª gestação, 50% eram primíparas e 10% tiveram 1 aborto. Já nos dados qualitativos utilizamos o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), foi evidenciado como principais intercorrências obstétricas: o despreparo da equipe da Maternidade Claudina Pinto. As participantes da pesquisa perceberam como dificuldade a demora no atendimento. Os pontos positivos/favoráveis que as participantes elencaram que o atendimento teve uma atenção adequada e outras relataram que a assistência foi ruim. Ficou evidente a necessidade de uma rediscussão sobre a assistência obstétrica prestada na Maternidade Claudina Pinto.

Palavras-Chave: Gestantes. Parturientes. Percepção da assistência.

ABSTRACT

The pregnancy goes through several phases, where we call pregnancy and childbirth which is the period that involves changes in the physical, psychological and social. A pregnant woman has to be assistance during the prenatal, delivery and postpartum, with a qualified and

humanized care for no risk occur with the mother and his baby and achieving pregnancy with welfare. This study is the overall goal: to analyze the perception of mothers on assistance provided in Claudina Pinto maternity in Apodi/RN, and its specific objectives: to identify the main obstetric complications during care; to know the opinion of the women had difficulties encountered in obstetric care; to check in the opinion of mothers positive / favorable points of obstetric care. This is a study of descriptive and exploratory with quantitative and qualitative approach conducted with 10 mothers who were seen at the Maternity Claudina Pinto Apodi/RN. The instrument for data collection used was an interview script. The quantitative data's analysis showed that 70% were 18-28 years old, 70% were single, 80% had studied over 8 years, 70% were housewife occupation, 40% were in the 1st pregnancy, 50% were primiparous and 10% had one abortion. Already in the qualitative data we used the Collective Subject Discourse (CSD), was shown to be major obstetric complications: the unpreparedness of the Maternity Claudina Pinto team. The subjects realized how difficult the delay in treatment. The strengths/favorable than those participants listed that the service had adequate attention and other reported that assistance was bad. It was evident the need for a renewed discussion on the obstetric assistance given in the Maternity Claudina Pinto.

Keywords: Pregnant women; Parturient women; Assistance's perception.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Você considera que a Maternidade Claudina Pinto presta uma assistência de qualidade na gestação e puerpério? () Sim () Não, Justifique?.....	27
Quadro 2: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Durante a realização do seu pré-natal você percebeu algumas dificuldades durante a assistência? () Sim () Não. Se sim, qual(is)?.....	29
Quadro 3: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Quais foram as principais intercorrências obstétricas observadas por você na assistência?.....	30
Quadro 4: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Cite os pontos positivos/favoráveis da assistência que lhe foi prestada na Maternidade Claudina Pinto?.	32
Quadro 5: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Qual o seu entendimento sobre a assistência prestada na Maternidade Claudina Pinto?.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 HIPÓTESE.....	10
2 OBJETIVOS.....	11

2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 A GESTAÇÃO.....	12
3.2 TRABALHO DE PARTO.....	14
3.3 INTERCORRÊNCIAS GRAVÍDICAS.....	16
3.3.1 Toxemia gravídica.....	16
3.3.2 Hiperêmese gravídica.....	17
3.3.3 Ruptura prematura de membranas.....	17
3.3.4 Gravidez ectópica.....	17
3.3.5 Descolamento prematuro da placenta e placenta prévia	17
3.3.6 Polidramnia e oligodramnia.....	18
3.3.7 Coagulação intravascular disseminada (choque).....	18
3.3.8 Abortamento espontâneo e provocado.....	18
3.4 A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À MULHER.....	18
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA.....	23
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	24
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	24
4.8 FINANCIAMENTO.....	28
5 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS.....	25
5.1 ANÁLISES DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	25
5.2 DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	43
ANEXO.....	48

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da vida envolve o nascimento, o crescimento, a reprodução, envelhecimento e morte. E dentro desse ciclo, um dos pontos mais interessantes diz respeito à reprodução. E na reprodução tem-se a gestação, um momento marcado por grandes transformações na mulher, constituindo “um período de transição onde se verificam enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos” (PEREIRA et al, 2000).

A mulher é um ser especial, haja vista sua fisiologia, e enorme capacidade de se transformar para conceber um novo indivíduo. Para Costa (et al, 2010), a mulher desfruta do privilégio de guardar em seu ventre a concepção desse novo ser.

A gestação está associada com o desejo de ser mãe da mulher e esse não surge apenas no momento em que a mulher está grávida ou planeja a concepção, e sim muito antes disso. Piccinini et al (2008, p. 64) afirma que, o espírito de maternidade na mulher “inicia-se muito antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita”.

Pode-se perceber, claramente, que a mulher é moldada, ou melhor, dizendo, trabalhada socialmente para a maternidade. Isso é o resultado da influência que a sociedade e da própria família exerce sobre a mulher, gerando um fruto do que se espera de uma menina/mulher, ou seja, que a mesma volte sua vida para a constituição de uma família.

E, no que diz respeito às alterações fisiológicas, que são próprias da gestação, segundo Freitas et al (2011) ocorrem em todas as gestações, acometem a maioria dos sistemas do organismo (tais como: pele e anexos, sistema musculoesquelético, sistema digestivo, sistema circulatório) e podem gerar sintomas desconfortáveis para a gestante, tornando-se queixas muito frequentes nas consultas de pré-natal.

O que mais chama a atenção durante a gestação, sem sombra de dúvidas, são as alterações no corpo da gestante, sejam as anatômicas, sejam as funcionais. E essas, sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidades em relação às transformações ocorridas no corpo. Costa et al (2010). Sentimentos esses enfrentados não somente pela gestante, mas por todos os familiares e pessoas que se relacionam e lidam diretamente com essa gestante.

Tendo em vista as grandes mudanças que a mulher sofre na gestação como as que já foram citadas, é que se percebe a importância da atenção que deve ser dispensada à mesma.

Isso porque a gravidez é um momento novo na vida da mulher, mesmo essa não sendo a primeira. Sendo importante o pai e/ou as pessoas próximas acompanhem a gestação

participando das ativamente desta gestação, seja em consultas do pré-natal, em grupos de gestantes, no parto e nos cuidados com o bebê, enfim, na vida dessa gestante (FEBRASGO, 2013).

Tal atenção não deve ser dada somente pelas pessoas próximas e familiares, a gestante deve receber atenção adequada nos serviços de saúde durante todo o pré-natal, bem como na maternidade e puerpério. Pois, com isso, se garante que haja uma boa interatividade, e assim, essa mulher se sentirá mais a vontade, melhorando assim, a qualidade da assistência prestada. Almeida e Barros (2005, p. 15) “afirmam que o acesso aos serviços de saúde, além da qualidade da assistência tem grande influência na evolução favorável de indicadores de saúde tanto materno como infantil”.

A assistência prestada à gestante durante o pré-natal visa não somente garantir que a gestação transcorra sem problemas, mas também, em partes, preparar a mulher para o parto. Que, para muitas, é o momento mais temido, haja vista o medo e as angústias que a cercam sobre o tema.

Segundo Hotinsky (2002), boa parte dos serviços que prestam assistência pré-natal não consegue prestar uma assistência adequada às gestantes. Onde, muitas delas acabam chegando à maternidade com muitos medos, angústias, enfim, despreparadas para enfrentar a situação futura.

Dessa forma, percebe-se que, o momento mais crítico da gestação é o parto. Pois, é o mais complexo, cheio de medos, de falta de informações. É um momento em que, muitas mulheres se sentem mais frágeis e que, necessitam mais ainda de atenção. Ainda segundo Hotinsky (2002), grande parte das mulheres não tem mais medo de se sentir sozinha, abandonada na maternidade, do que mesmo da dor das contrações uterinas. Diante disso, percebe-se o quanto é importante um bom acompanhamento dessa gestante, principalmente nos momentos que antecedem o parto, que é onde mais se precisa.

Assistência ao parto: tipo de parto, local de realização do parto, escolha do hospital, profissional que realizou o parto, problema de saúde durante o parto, realização de laqueadura após o parto, tempo entre a chegada ao hospital e o primeiro atendimento, tempo entre a internação e o parto e avaliação do atendimento ao parto (ALMEIDA e BARROS, 2005, p. 17).

O interesse pela temática surgiu no decorrer das atividades práticas integradoras na formação acadêmica, onde a área de obstetrícia foi a que mais me identifiquei e é a área que quero seguir.

É nesse contexto que surge a necessidade de se analisar até que ponto a maternidade Claudina Pinto em Apodi – RN, está preparada para prestar uma assistência de qualidade a mulher, ao decorrer da gestação no seu pré-natal e no parto, não só no que diz respeito à sua estrutura física, mas também no tocante aos profissionais que prestam atendimento, em

especial, a equipe de enfermagem, que está diretamente em contato com a paciente; já na gestação de risco o pré-natal é todo acompanhado pelo médico, e na gestação de alto risco o médico encaminha para hospital de referência do município de Mossoró/RN. Deste modo, busca-se responder a seguinte questão: qual a percepção das parturientes sobre a assistência prestada na maternidade Claudina Pinto em Apodi/RN?

A grande relevância do estudo diz respeito ao fato de tal maternidade prestar assistência a uma população de tamanho considerável, como é a da cidade de Apodi. Sem falar que, muitas vezes, parturientes vêm de cidades vizinhas. E outro ponto que também é relevante é o de que em pouco tempo atrás muitos partos não eram realizados nessa instituição de saúde, seja lá por qual motivo. E isso é algo que interessa diretamente à população, pois é o único serviço que realiza partos na cidade.

1.1 HIPÓTESE

Acredita-se que as participantes da pesquisa identifiquem algumas dificuldades e explicitem satisfação na assistência prestada na maternidade Claudina Pinto em Apodi/RN.

A assistência às parturientes em todo o período de gestação é essencial para o desenvolvimento de uma gravidez segura e sem intercorrências assim como para a redução da morbimortalidade materna e do recém-nascido. Assim sendo de suma importância conhecer o nível de satisfação pelas mulheres em relação ao atendimento na unidade em questão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar percepção das parturientes sobre a assistência prestada na maternidade Claudina Pinto em Apodi/RN

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais intercorrências obstétricas durante o atendimento;
- Conhecer na opinião das puérperas as dificuldades encontradas na assistência obstétrica;
- Verificar na opinião das puérperas os pontos positivos/favoráveis da assistência. Obstétricas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A GESTAÇÃO

Segundo Neme (2005) a gestação humana possui uma duração média de 266 dias a partir da fertilização ou de 280 dias a partir do primeiro dia da última menstruação. Esse período de evolução fetal acarreta em várias mudanças fisiológicas em todo o organismo da mulher.

A gravidez é uma condição especial de saúde que traz diversas modificações e adaptações no organismo materno, as quais são necessárias para o

estabelecimento e progressão do ciclo gravídico-puerperal. Tais mudanças devem-se, principalmente, ao resultado da interação de alguns hormônios, sendo a progesterona, o estrogênio e a relaxina, os de maior influência; no entanto, alguns desses ajustes podem resultar em desconforto, ou mesmo em dor, causando limitações durante a realização das atividades de vida diária. As alterações podem acometer os diversos sistemas do organismo da mulher, porém, os acometimentos dos sistemas locomotor, cardiovascular e respiratório, são os de maior influência no que diz respeito à prática de atividade física na gravidez (O'CONNOR, 2004 apud BAPTISTA, 2008, p.11).

Com isso, entende-se que no período gravídico todo o corpo da mulher se transforma para que ela possa alimentar e permitir o desenvolvimento do feto até o momento do parto. Tais modificações diminuem e/ou dificulta algumas atividades diárias relacionadas ao esforço físico (NEME, 2005).

O período gravídico é um momento de importantes mudanças na vida da mulher, assim como no papel que esta exerce durante essa fase. Em meio a esse período ela deve experimentar novas experiências, passando da condição de filha para a mãe, revivendo experiências anteriores, surgindo também mudanças no seu relacionamento conjugal, na sua situação socioeconômica (MALDONADO, 1997 apud PICCININI, 2008) e conseqüentemente nas atividades profissionais. Estas mudanças são mais impactantes nas gestantes primíparas, por se tratarem de experiências novas que podem gerar na mesma dúvidas e incertezas, sendo que as múltiparas também já tiveram tais experiências (KLAUS& KENNEL, 1992; MALDONADO, 1997 apud PICCININI,2008).

Diante de todas estas mudanças e revivências psíquicas, a experiência de gestar leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também suscetível a vários distúrbios emocionais (RAPHAEL-LEFF, 2000). Assim, a gravidez pode tanto desencadear uma crise emocional para a gestantes como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (ARAGÃO, 2006, BIBRING; VALENSTEIN, 1976, LEIFER, 1977, MALDONADO, 1997, MISSONNIER; SOLIS-PONTON; 2004 apud PICCININI et al, 2008, p.64).

Todas as alterações anatomofisiológicas que ocorrem no organismo materno funcionam como mecanismos compensatórios devido às mudanças ocorridas, a gestante deve adaptar-se a essas mudanças provenientes dos hormônios da gravidez, a pressão mecânica é causada pelo do aumento do útero e de outros tecidos. A adaptação a essas transformações é necessária tanto para o início da gestação, como para o crescimento fetal, dando a gestante à capacidade de nutrição e proteção que o bebê necessita, tendo um desenvolvimento normal e para que a mulher se adapte as fases que irão acontecer durante a gravidez (SILVA, 2009).

As transformações psíquicas e fisiológicas geradas pela gestação podem desenvolver na gestante medos, dúvidas, angústias, fantasias assim como a curiosidade em relação ao que acontece em seu corpo (BRASIL, 2000).

Daí a importância de se garantir uma assistência que se comprometa em acompanhar a gestante em todos os momentos de sua gestação, garantindo a satisfação de suas curiosidades e anseios que venham a surgir nesse período. Sobre isso BRASIL (2001, p. 47) afirma que:

A assistência pré-natal é o primeiro passo para a vivência da gestação, parto e nascimento saudável e humanizado. Todas as mulheres têm o direito constitucional de ter acesso ao pré-natal e informações sobre o que está ocorrendo com o seu corpo, como minimizar os desconfortos provenientes das alterações gravídicas, conhecer os sinais de risco e aprender a lidar com os mesmos, quando a elas estiver exposta.

A assistência pré-natal objetiva manter a integridade da saúde materna e fetal durante a gravidez. Preconiza-se que pré-natal seja iniciado o mais precoce possível, se possível antes da 12ª semana de gestação, com intuito de identificar e prevenir as possíveis intercorrências obstétricas que possam trazer riscos à gestante e/ou feto (CARDOSO E SANTOS, 2007 apud SILVA, 2009).

O preparo da mulher para a maternidade torna-se necessária dando-se enfoque nas ações do pré-natal, onde o profissional deve tomar conhecimento da história obstétrica anterior e de gravidez prévia da gestante. Durante o período gravídico surgem algumas fantasias no período final da gestação, tais como, medo de morrer, de dor, esvaziamento e da castração. Alguns sintomas como ansiedade e medo podem estar ligados a experiências negativas em gestações anteriores (DUARTE E ANDRADE, 2008).

Com isso entende-se que a assistência pré-natal é indispensável para o preparo da mulher para o parto, onde se pode avaliar o estado de saúde de mãe e filho, assim como conscientizar a gestante da importância da amamentação e principais cuidados necessários à integridade de sua saúde e do bebê, orientando-a sobre a normalidade e os benefícios do parto fisiológico (BRASIL, 2000).

3.2 TRABALHO DE PARTO/PARTO

O momento do trabalho de parto/parto fisiológico ocorre geralmente entre 38 a 40 semanas de gestação e contempla um conjunto de fases que se realizam concomitantemente para expulsão do feto.

Segundo Borna (2001) o trabalho de parto é dividido em três fases principais:

1. Fase de dilatação ou primeiro período: Normalmente se inicia com contrações uterinas dolorosas e regulares, que ocorrem inicialmente a cada meia hora, e à medida que o trabalho de parto progride tornam-se, mais frequentes e intensas, chegando a ocorrer a cada dois ou três minutos e durando de 45 a 60 segundos quando alcançado o final deste período. A dor é gerada pela hipóxia do músculo uterino, que é causada pela força e duração das metrossístoles. Faz parte dessa fase também a ruptura da bolsa, que pode ser espontânea ou provocada.
2. Fase de expulsão: alcança a plena dilatação da cérvix, passa a haver continuidade entre o segmento inferior, colo e canal vaginal. As metrossístoles, no curso deste período, são intensas, com duração de até 60 segundos. Os intervalos mais curtos, atingindo a frequência de cinco contrações a cada dez minutos. Inicia-se a descida do feto através do canal do parto, culminando com a sua expulsão para exterior. Este período é dividido em três tempos fundamentais: insinuação, a descida e o desprendimento do concepto.

Sobre isso, NEME (2005) relata que essas fases do mecanismo do parto realizam-se em seis tempos:

1. Insinuação – em sentido amplo, que se aplica às apresentações cefálicas e pélvicas, é a passagem pelo estreito superior da bacia do maior diâmetro da apresentação, perpendicular às linhas da orientação fetais. Como nas apresentações cefálicas, as linhas de orientação fetal (sutura sagital, metópica, e linha facial) situam-se em direção sagital; o maior diâmetro cabeça fetal, perpendicular a elas, é o biparietal. Nas apresentações pélvicas, o bitrocantérico é o maior diâmetro perpendicular à linha de orientação fetal (sulco interglúteo). Assim nas apresentações cefálicas, insinuação é a passagem pelo estreito superior do diâmetro biparietal. E, nas apresentações pélvicas, é a passagem do diâmetro bitrocantérico.
2. Descida – é o avanço da apresentação (cefálica ou pélvica) do estreito superior ao inferior. Realiza-se conjuntamente com o tempo que se lhe segue (rotação interna), em movimento de progressão espiral.
3. Rotação interna – coincidente com a descida da apresentação, a rotação interna visa colocar no sentido ântero-posteriorda pelve as suturas sagital e metópica e a linha facial (nas cefálicas) e o bitrocantérico (nas pélvicas). Consequentemente, nas apresentações cefálicas os pontos de reparo fetais (lâmbda nas fletidas, e

bregma e mento respectivamente, nas defletidas de primeiro e segundo graus) voltam-se para o pube materno.

4. Desprendimento da apresentação – é representada pela exteriorização vulvar completa da apresentação.
5. Rotação externa – é a rotação da cabeça, de modo a voltar o ponto de reparo fetal para a posição primitiva e o biacromial no ântero-posterior da bacia. Nas apresentações pélvicas, o tronco fetal roda, colocando o biacromial no diâmetro transversal ou ântero-posterior da bacia.
6. Desprendimento fetal final – nas apresentações cefálicas é o desprendimento do ovóidecórmino (tronco e membros apensos) e do tronco e cabeça fetal (nas apresentações pélvicas).

Finalizando o mecanismo do parto, inicia-se o secundamento, que é composto por três fases fundamentais: o deslocamento – ocorre depois da expulsão do feto e da saída do restante de líquido amniótico, observa-se súbita redução no volume uterino, o deslocamento da placenta se efetua de acordo com dois mecanismos distintos (mecanismo de Baudelocque Schultze e mecanismo de Baudelocque Duncan). Descida – Descolada, a placenta é forçada para o segmento uterino inferior e porção superior da vagina, pela pressão do hematoma e pela força das contrações uterinas. E a expulsão – que é a presença da placenta no canal vaginal determina novamente a sensação de puxos, que a expulsam para o exterior, onde se apresenta pela face fetal ou materna, conforme o mecanismo de deslocamento.

O Ministério da Saúde (2001) recomenda que o preparo da gestante para o parto se constitua num conjunto de cuidados, medidas e atividades com intuito de dar à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do parto como processo fisiológico, tornando-a ativa nesse processo. Diante disso, as instituições que assistem à mulher devem promover um atendimento saudável com informes pertinentes ao processo e evolução da gravidez, parto e nascimento (MORAES, 2001).

A assistência ao parto é feita por várias pessoas que observam atentamente a mulher, a maternidade e a criança (NOGUEIRA, 1994 apud JAMAS, 2010). “Sob o ponto de vista feminino, o local de nascimento adquire valor fundamental e as práticas e rotinas assistenciais adotadas são essenciais para prover uma assistência satisfatória” (JAMAS, 2010, p 14).

O parto se constitui em rotina nos hospitais e nas maternidades, apesar disto cada mulher tem sua diferença, conseqüentemente deve receber um atendimento diferenciado, cada uma tem sua visão única sobre o que é o parto, portanto, o cuidado e o conforto devem ser

direcionados a cada uma respeitando a singularidade de cada parturiente (OLIVEIRA et al, 2010).

3.3 INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS

3.3.1 Toxemia Gravídica

A toxemia gravídica é uma doença de caráter multissistêmico, que ocorre geralmente no final da gravidez, caracterizada por manifestações clínicas associadas e peculiares de hipertensão, edema e proteinúria. Nas suas formas graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso central, instalam-se convulsões e a doença é denominada eclampsia. Se ausentes às crises convulsivas trata-se de umapré-eclâmpsia. (MONTINEGRO; FILHO, 2008)

Na pré-eclâmpsia leve ocorre hipertensão, proteinúria e/ou edema, surgindo em geral após a 20-24 semanas de gestação (NEME; PARPINELLI, 2005). Já a pré-eclâmpsia grave caracteriza-se por pressão arterial sistólica de 160 e diastólica de 110 mmHg, ou maior (GOMES, 2007). Valor confirmado após duas medidas com o intervalo de no mínimo 4 horas, proteinúria (300mg ou mais em urina de 24 horas), anasarca, além desses sintomas também pode ocorrer oligúria (diurese menor que 400 ml por dia), cefaléia, epigastralgia, cianose, edema pulmonar confirmado, algia no hipocôndrio direito, trombocitopenia grave (plaquetas com valores inferiores á 100.000/mm³), icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas e crescimento intrauterino retardado (MARTINS, REZENDE, VINHA, 2003).

A eclampsia caracteriza-se pela presença de convulsões em uma gestante com pré-eclâmpsia, podendo surgir durante a gravidez, no momento do parto ou até 10 dias de puerpério. A eminência de eclampsia caracteriza-se clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrio e hipocôndrio direito. Sendo excluídas epilepsia e outras doenças convulsivantes (MARTINS, REZENDE, VINHA, 2003 apud AVELINO, 2012).

A Síndrome HELLP é um quadro mais grave que surge na urgência de pré-eclâmpsias e/ou eclampsia com o surgimento dos quadros de: hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas (NEME; PARPINELLI, 2005).

3.3.2 Hiperêmese Gravídica

O termo hiperêmese define a combinação de náuseas e vômitos da gestação inicial que desaparecem ao final do terceiro trimestre da gravidez. Quando intensos esses vômitos podem

interferir na nutrição, perda ponderal causando desequilíbrio hidroeletrólíticos na gestante (NEME, 2005).

3.3.3 Ruptura Prematura de Membranas

Para o autor supracitado a ruptura prematura de membranas (RMP) é o processo que se dá antes de iniciado o trabalho de parto, independente da idade gestacional do ciclo gestacional. Essas rupturas acontecem entre 20 e 42 semanas de gravidez, sendo que as que acontecem antes da 37 semanas se configuram como rupturas prematuras de membranas pré-termo, sendo está última responsável maior pelas incidências de morbimortalidade perinatal.

3.3.4 Gravidez Ectópica

Segundo Mathias; Filho (2000) a gravidez ectópica pode ser definida como sendo a implantação do ovo fecundado fora da cavidade endometrial podendo acontecer no aparelho genital ou fora dele. A grande maioria acontece no aparelho genital, se configurando em nidações ovarianas e tubárias.

3.3.5 Descolamento Prematuro da Placenta e Placenta Prévia

Para Neme (2005) o descolamento da placenta pode ser definido como sendo a expulsão da placenta antes do feto numa idade gestacional de mais 20 semanas, ou seja, ocorre tipicamente no terceiro trimestre da gestação. Já o quadro de Placenta prévia, o autor supracitado caracteriza como quadro de inserção da placenta nas porções baixas do útero.

3.3.6 Polidramnia e Oligodramnia

O aumento acentuado do volume do líquido amniótico com diâmetro vertical do bolsão de líquido >8 cm configura Polidramnia (Montenegro; Rezende, 2008). Sobre a Oligodramnia o autor em questão a define como sendo a diminuição significativa do volume de líquido amniótico, com bolsão de líquido menor que 2 cm no seu diâmetro vertical. Onde o líquido torna-se extremamente escasso (300-400 ml), com característica espessa, viscosa e turva.

3.3.7 Coagulação Intravascular Disseminada (CHOQUE)

Esse processo patológico se dá pela aceleração do processo de coagulação pelo uso de diversos fatores plasmáticos e das plaquetas, obstruindo a microcirculação por trombos de fibrina e a ativação secundária do sistema fibrinogênio (MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

3.3.8 Abortamento Espontâneo e Provocado

Segundo Ragan e Lai (2000 apud NEME, 2005, p. 297) o abortamento pode ser definido como “[...] a finalização da gestação antes que o feto adquira condições de viabilidade”. Neme (2005) classifica o abortamento em espontâneos e provocados. O abortamento espontâneo são aqueles ocorridos sem nenhuma ação deliberada de qualquer espécie. Já o abortamento provocado ou induzido são aqueles em que houve a decisão prévia de interrupção da gravidez por motivos variados.

Frente às complicações relacionadas com a função reprodutiva, o profissional de enfermagem pode atuar de forma efetiva para sua redução, através de uma adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal (Lacava, Barros, 2004 apud Dourado; Pelloso), ampliando os horizontes para a equipe assistir melhor as gestantes de alto risco nos serviços de pré-natal e na orientação de planejamento familiar, de acordo com o seu contexto social, econômico e cultural. Isso reflete a importância de se prestar uma assistência de qualidade com enfoque nas devidas orientações relacionado ao ciclo gravídico e que respeite os limites e peculiaridades de cada gestante, levando em consideração sempre sua singularidade enquanto ser humano (DOURADO; PELLOSO, 2006).

3.4 A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À MULHER

A política de humanização do atendimento teve início a partir da elaboração do Manual sobre atenção ao parto, aborto e puerpério (BRASIL, 2001a).

Este manual descreve a gravidez e o parto como eventos sociais que fazem parte da vivência reprodutiva de ambos os sexos, sendo considerados eventos de extremo significado para a vida humana e ressalta a importância da individualidade e dos conceitos de humanização no atendimento, o que permite ao profissional de saúde estabelecer maior vínculo afetivo, consciência crítica e autonomia com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. Ereconhece a mulher como protagonista processo de gestação e parturição (SILVA, 2009).

A atenção obstétrica e neonatal a humanização se consolida a partir da assistência prestada pelos profissionais de saúde num acolhimento digno a gestante e ao bebê visando-os como sujeitos de direitos, ou seja, considerando os mesmos como sujeitos ativos e não como objeto passivo da nossa atenção, pensamento este considerado a base sustentadora do processo de humanização. (BRASIL, 2006)

Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006, p.9).

O conceito de humanização é bastante diversificado, todavia, existe um movimento caracterizando-o como processo que respeita a individualidade das mulheres, garantindo seu protagonismo e permitindo a adequação da assistência aos seus valores culturais, crenças e diversidade de opiniões (Rattner, 1998; Largura, 2000 apud Castro; Clapis, 2005). Desse modo, a humanização do parto se configura em respeitar e dar subsídios e condições para que todas as dimensões espirituais, psicológicas e biológicas do ser humano sejam atendidas (LARGURA, 2000 apud CASTRO; CLAPIS, 2005).

No tocante a responsabilidade dos profissionais no processo de humanização da assistência é sabido que:

Os profissionais de saúde são, coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001, p. 9).

Ou seja, cabe aos profissionais de saúde prover todas as condições de informação e cuidados pertinentes ao processo gravídico e dar subsídios para que a futura mãe esteja preparada e segura para enfrentar as turbulências que a gravidez traz. Para tanto é necessário um enfoque ao trabalho em equipe que efetive o conceito real de humanização preconizado pelo SUS e que delineia a atenção às mulheres nas políticas de saúde que assistem as mesmas (BRASIL, 2001).

A enfermagem possui um papel muito importante no que diz respeito à prestação de uma assistência humanizada e qualificada durante o parto, deve favorecer e estimar a participação dos protagonistas desse fenômeno – a gestante seu acompanhante e o recém-nascido (BRASIL, 2000).

Apoiando essa ideia, Santos (2001 apud Fialho, 2008) revelou em suas pesquisas que a humanização exige do profissional de enfermagem uma visão humanística e a necessidade de compreensão o outro, ou seja, a participação do enfermeiro, no trabalho de parto, expulsão e nascimento, oferece grande satisfação tanto à parturiente como para o profissional.

Com isso, percebe-se que o enfermeiro, enquanto agente de saúde, ocupa importante papel no que diz respeito à humanização da assistência por manter maior contato com as parturientes, permanecendo presente em todo o processo gravídico, o que possibilita a criação vínculos essenciais, como de confiança mútua e respeito entre profissional-paciente (BRASIL, 2001).

O enfermeiro obstetra tem papel relevante em relação à humanização durante o processo de nascimento, no entanto existe a necessidade de incentivo os enfermeiros obstetras e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente (Santos, 2001 apud Fialho, 2008). Esse profissional e toda a equipe podem prover medidas de conforto à parturiente como: controle das emoções, alívio da dor por meio de massagens de conforto, banhos, deambulação; ter cautela na indução intravenosa (ocitocina); promover a abolição de práticas como enema e tricotomia; participação do acompanhante de sua escolha no momento do parto, respeitar a subjetividade da mesma em relação à dor, dentre outras medidas que possam amenizar os transtornos advindos desse momento, tornando-o um momento prazeroso para a mulher, tornando o espaço hospitalar num ambiente acolhedor e humanizado.

O processo de humanização da assistência ao período gravídico é algo que aos poucos está sendo vivenciado e introduzido na realidade da assistência à mulher, portanto, cabe a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde tomar ciência do verdadeiro sentido da humanização e efetiva-la em todos os campos e aspectos do sistema de saúde, dando à futura mãe a oportunidade de participação de escolha, a autonomia para que ela possa decidir como vai ter o bebê, dando-lhe suporte emocional, material e pessoal para que mãe e filho vivenciem o momento de forma segura, tranquilo e feliz (BRASIL, 2001).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa. As pesquisas do tipo descritivas têm como principal objetivo descrever as características da população em amostra ou fenômeno, ou estabelecer relações utilizando técnicas padronizadas da coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática (FIGUEIREDO, 2004).

O método qualitativo é aquele em que leva em consideração o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, percepções e opiniões que os entrevistados fazem

em relação a como vivem, sentem e pensam (Minayo, 2010). Já o método quantitativo, utiliza o emprego de quantificação de informações, objetivando garantir a precisão dos resultados obtidos (RICHARDSON, 2010).

Segundo Gil (2007) a população de uma pesquisa pode ser definida como sendo um conjunto de elementos que são compostas por características definidoras. A amostra pode ser definida como um subconjunto dessa população.

As pesquisas exploratórias têm como o objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Maternidade Claudina Pinto, localizada na Rua Tiradentes (s/n) situada na cidade de Apodi – RN; nesta maternidade realiza-se tanto o pré-natal pela enfermeira como também a o acompanhamento do médico, onde possui 30 leitos.

A escolha pelo local em questão se deu pelo fato de que a mesma é única maternidade na cidade onde ocorre o atendimento exclusivo para as mulheres em pré-natal e parto sem ser de alto risco, foi um espaço ideal para a concretização da pesquisa por possuir em seu quadro de pacientes o número suficiente para obtenção dos dados.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por puérperas atendidas na Maternidade Claudina Pinto de Apodi/RN, com amostra de dez (10) participantes que se adequaram nos critérios.

Os critérios de inclusão para participar da equipe são:

- Idade igual ou superior a 18anos;
- Ter sido atendida na maternidade Claudina Pinto de Apodi/RN;
- Ter interesse e/ou disponibilidade;
- Independente de escolaridade, religião ou estado civil.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o roteiro de entrevista.

Segundo Gil (2009) o roteiro é o norte da entrevista, facilitando a visão do entrevistador e a relação pessoal estabelecida entre pesquisador e entrevistado. Oportunizando facilitar aos entrevistados e as circunstâncias em que eles se encontram no momento da entrevista.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos por meio de um roteiro de entrevista, que segundo Filho; Santos (1998) são as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo, podendo ser realizadas por meio de um questionário pelo pesquisado, de maneira clara e metodológica ao investigado dando a oportunidade de expressar suas respostas de forma verbal com clareza para a formação da coleta dos dados.

A coleta de dados foi por entrevista gravada realizada após a aprovação pelo o comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Mossoró/RN, bem como, aceitação dos sujeitos que participou da mesma mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre. Essa técnica metodológica permite o entendimento da natureza dos discursos e argumentos do pensamento sem modifica-los, levando em consideração o significado do conteúdo do depoimento dos entrevistados. Essa estratégia objetiva tornar mais clara uma dada representação social, o que possibilita conhecer o pensamento humano em relação a determinado tema em forma de discurso, após ter sido analisado e interpretado os pontos chaves do discurso pelo pesquisador (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Também foram utilizados gráficos e tabelas para exposição dos dados quantitativos analisados através da estatística descritiva referentes à pesquisa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada respeitando aspectos éticos e legais em pesquisa de acordo com a resolução 466/2012 CNS/MS. Essa resolução aprova as normas e as diretrizes regulamentadoras em pesquisas que envolvem seres humanos, a qual se alicerça nos requisitos básicos da bioética, que são: beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia, e objetiva assegurar o direitos e os deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do Estado (BRASIL, 2013).

A pesquisa também levou em consideração a resolução 311/2007 Conselho Federal de Enfermagem/COFEN que diz respeito ao código de ética aos profissionais de enfermagem, lhes atribuindo todos os direitos, princípios e responsabilidade, deveres e proibições, pertinente a conduta ética (COFEN 2007).

4.8 FINANCIAMENTO

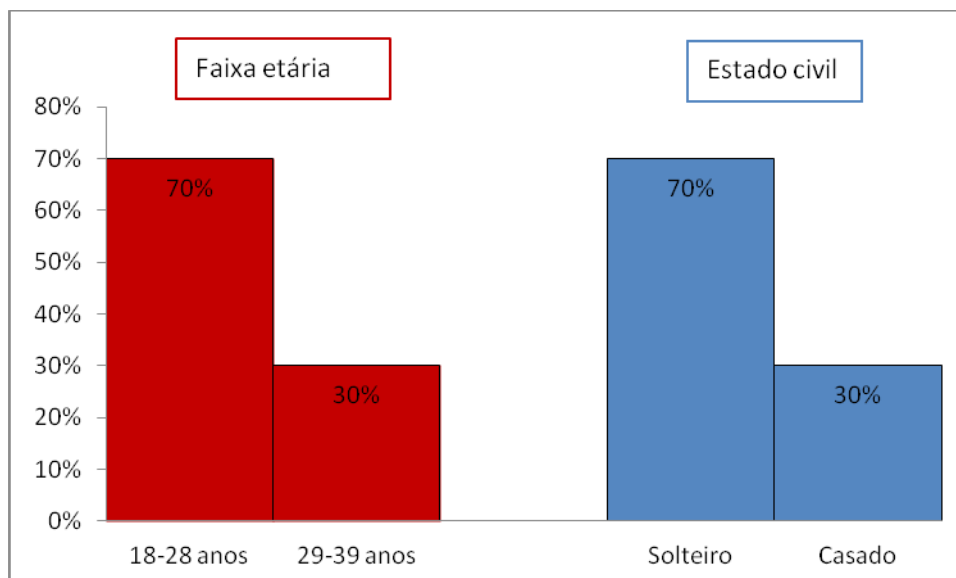
Os custos para realização da pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN teve uma contribuição em disponibilizar todo acervo de livros e periódico, da biblioteca, orientadora e banca examinadora.

5. RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS

A caracterização da amostra aplicada aos participantes da pesquisa (APÊNDICE B) e as informações obtidas pela coleta de dados serão apresentadas discutidas a partir da literatura pertinente ao tema. Os dados quantitativos serão apresentados através de gráficos, os quais estão constituídos: idade, estado civil, escolaridade, ocupação e paridade, já os dados qualitativos estão exposto em tabelas e analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

5.1 ANÁLISES DOS DADOS QUANTITATIVOS

Gráfico 1- Distribuição das parturientes de acordo com a idade e o estado civil. Apodi/RN.



Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

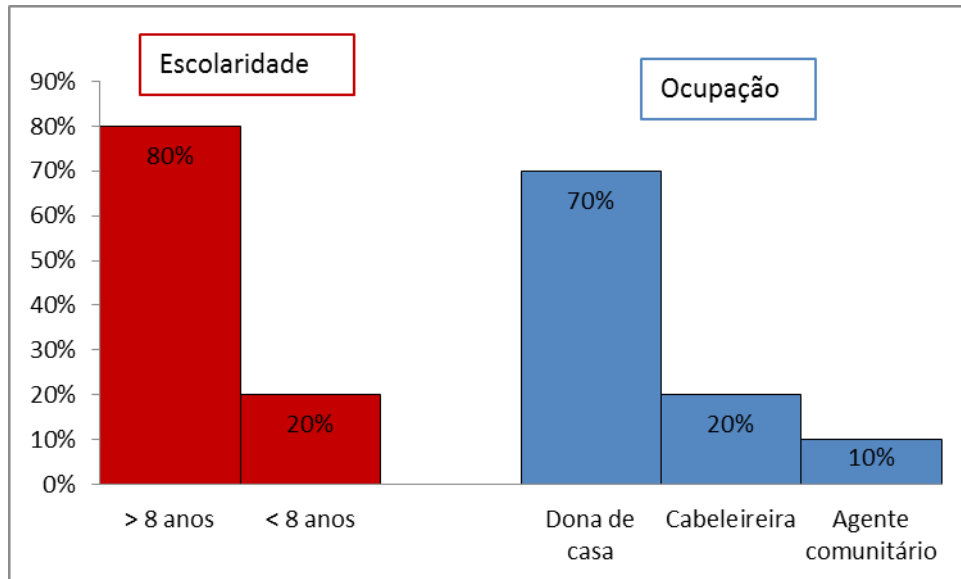
Dentro do cenário de estudo, observou-se que as parturientes estão em predominância na faixa etária de 18 a 28 anos com 70%, totalizando 7 parturientes. Em seguida, 30% na faixa etária de 29 a 39 anos. Em estudos realizados anteriormente, afirma que a faixa etária mais adequada para as mulheres engravidarem é de 20 a 30 anos, pois o aparelho reprodutor feminino está desenvolvido e amadurecido para receber o feto, garantindo uma gestação mais segura (MADEIRA; 1997, apud REIS, [2010]).

De acordo com Brasil (2011), nos municípios de grande porte, constata-se que a faixa etária das mães é mais avançada do que nos municípios de pequeno porte.

Pode-se observar na segunda parte do mesmo gráfico a distribuição dessas parturientes quanto ao estado civil, o resultado encontrado foi que a maioria (70%) são solteiras, mas a maioria dessa porcentagem convive com o pai da criança e apenas 30% são casadas. Pois tal situação favorece no seu contexto social e familiar, considerando que a presença do parceiro é importante para essa etapa de sua vida.

Durante a gravidez a vida da mulher muda totalmente e conseqüentemente à vida do casal também muda, referente a adaptação física e emocional. O corpo da mulher passa por alterações hormonais e alguns homens tentam adequar-se a estas modificações durante o período gravídico puerperal. Estudos científicos apontam que a participação do homem durante todo período gestacional da mulher, é de fundamental importância na preparação do exercício da paternidade, dando uma significativa contribuição ao equilíbrio efetivo do casal (COSTA et al, 2005).

Gráfico 2 – Distribuição das parturientes de acordo com escolaridades e ocupação. Apodi/RN.



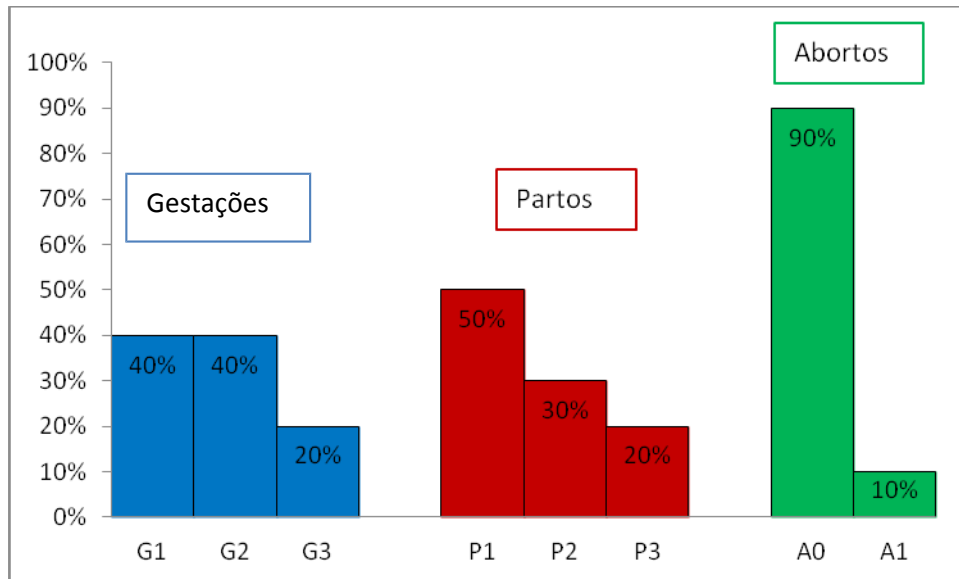
Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

O gráfico 2 demonstra que grande parte (80%) das participantes da pesquisa (8 parturientes) estudou mais de 8 anos. Apenas 20% estudaram menos de 8 anos. Durante a pesquisa 60% relataram que deixaram de estudar depois que engravidaram. A gravidez se torna um fator de delimitações, como na educação, no trabalho e entre outras. A maternidade acarreta essas privações nas mães mais jovens, ocorrendo atraso na vida estudantil.

De acordo com Brasil (2011), a escolaridade materna é um dos pontos importantes em estudos de fecundidade e também de mortalidade na infância. No Brasil, o aumento do nível de escolaridade materna tem seguido também o aumento da escolaridade da população. Observa-se que a escolaridade das mães é muito diferente quando se comparado ao pequeno município.

No cenário de ocupação destas parturientes, que representadas em 70%, à grande maioria são donas de casa, 20% são cabeleireira com o salão na sua própria casa e 10% é agente comunitária de saúde. Tais índices revelam que as maiorias das parturientes não trabalham fora de casa, mas se dedicam aos afazeres domésticos e sua família. Ressaltando assim a futura dependência financeira dos seus parceiros e/ou dos pais.

Gráfico 3 – Distribuição das parturientes de acordo com o número de gestações, parto e aborto. Apodi/RN.



Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Das parturientes entrevistadas 40% encontravam-se na 1ª gestação, 40% na 2ª gestação e 20% na 3ª gestação. No que se refere à quantidade de partos realizados pelas parturientes participantes 50% eram primíparas, 30% estavam no 2º parto e 20% no 3º. O grande índice de primíparas se deve ao fato de que a maioria das entrevistadas encontrava-se em uma faixa etária jovem, entre os 18 e 28 anos. Além do que, para o Ministério da Saúde (2001), a gravidez e o parto são acontecimentos sociais que fazem parte da vida reprodutiva de mulheres e homens, além de ser um evento especial que envolve vários outros membros da família e da sociedade.

Já os resultados quantitativos referente ao aborto 90% das participantes da pesquisa nunca passaram por essa experiência, 10% tiveram 1 aborto. Segundo Vieira (2010), isso pode acontecer pelo fato de que, além de o aborto tratar-se de um crime em vários lugares, é também considerado um problema de saúde pública, por estar entre a terceira e a quarta causa de morte materna. Porém, durante a coleta de dados foi constatado que o aborto ocasionado foi de ordem natural ou por fatores patológicos.

5.2 DADOS RELATIVOS AO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS PUERPERAS

Quadro 1: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Você considera que a Maternidade Claudina Pinto presta uma assistência de qualidade na gestação e puerpério? () Sim () Não, Justifique?

IDEIA CENTRAL I	DSC
Sim, bom atendimento.	Sim, o atendimento é de bastante qualidade (...); Sim, porque é direto as enfermeiras vindo. Sim, porque fui muito

	bem recebida lá. Sim, achei bom, não faltou nada(...); Sim, foi melhor no meu último filho.
IDEIA CENTRAL II	DSC
Não, falta de médico.	Nas consultas pra mim foi boa, mas no parto não foi porque não tinha médico (...); Não tive bons motivos para achar que prestou não, porque as vezes que eu precisei nem tinha médico e nem ambulância.
IDEIA CENTRAL III	DSC
Não, sem qualidade.	Não, porque não tive o atendimento adequado. Não, porque não é como deveria.

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Analisando a opinião das parturientes sobre se a Maternidade Claudina Pinto presta uma assistência de qualidade na gestação e puerpério, na ideia central I relatam que tem um bom atendimento, o que faz com que os direitos dessas mulheres sejam respeitados, garantindo uma assistência voltada às reais necessidades da mulher.

Segundo Gomes (2011), a assistência de enfermagem no puerpério é de grande importância, pois uma assistência qualificada pode-se prevenir danos relevantes para a paciente como, risco de infecções e danos psicológicos. Para isso é fundamental ter profissionais qualificados e se empenhar de forma pessoal e profissional, recebendo-a respeitando, com ética e dignidade.

A ideia central II as parturientes falam que não tiveram uma boa assistência, pois não tinha médico na maternidade, o qual é um profissional de grande importância para a equipe e sua ausência dificulta e prejudica a assistência prestada às parturientes.

Almeida et al (2005) concorda com a introdução de um novo modelo de assistência ao parto na rede pública, colocando o enfermeiro obstétrico para a realização ou apenas participação dos partos, com fins de promover uma melhor assistência a gestação e ao parto das pacientes carentes, priorizando onde falta assistência médica e tem maior demanda.

A Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87 estabelecem que o enfermeiro possa prestar assistência ao parto como integrante da equipe de saúde, e não privativamente. Na ausência do médico no momento do parto, as profissionais titulares de diploma ou certificado de obstetra ou de enfermeiro obstétrico deverão estar habilitadas à identificação de distorcias obstétrica e tomada de providências até a chegada do médico. Em caso de complicação

durante o parto, cada profissional responderá jurídica e eticamente pelo que fez ou pelo que deixou de fazer. A assistência ao parto é considerada um ato médico compartilhado, assim o enfermeiro pode fazer o parto normal dentro de uma equipe de saúde. Sendo um parto cesáreo, cabe a nós enfermeiros prevenirem complicações para não ocorrer nenhum risco de vida para a mãe e/ou da criança (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ, 2013).

A ideia central III mostra que as parturientes acham que a assistência da Maternidade Claudia Pinto é desqualificada, pois não tem um atendimento adequado e nem é como deveria, essas percepções das mulheres evidencia uma lacuna na assistência prestada.

A falta de percepção dos direitos das mulheres e de aspectos fundamentais da humanização do cuidado dirigindo a uma assistência desqualificada foi constatada pelo o Ministério da Saúde ser indispensável à proposta de mudanças no modelo assistencial. Com base nesta afirmação, foi criado, através da portaria/GM nº. 569, em 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), objetivando, abordar consultas de pré-natal, qualificar atendimento no parto, assistência organizada, vinculando pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres. (SANTOS et al., 2014)

Quadro 2: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Durante a realização do seu pré-natal você percebeu algumas dificuldades durante a assistência?

() Sim () Não. Se sim, qual(is)?

IDEIA CENTRAL I	DSC
Sem dificuldade.	Não
IDEIA CENTRAL II	DSC
Sim, pela demora.	Sim, os pontos negativos que acho é a demora, que prejudicam as mulheres que mora no sítio.

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Observa-se no quadro 2 a percepção das parturientes sobre dificuldades durante a realização do seu pré-natal, evidencia-se algumas dificuldades na assistência e a mesma foi classificada em duas ideias centrais, como podemos perceber, na ideia central I as parturientes afirmaram que não tinha dificuldade.

O Ministério da Saúde estabelece políticas e normas para oferta um pré-natal com qualidade. Além de dispor de equipamentos, insumos, instrumental, e capacitações adequadas para todos os profissionais (BRASIL, 2006).

A ideia central II as parturientes falaram que tinha dificuldade durante a assistência do pré-natal por causa da demora que tinha no atendimento.

Coimbra (2003), já relata que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, o percentual é alto para as mulheres que residem na zona rural aquelas que não realizam o pré-natal. Como a Maternidade Claudina Pinto também atende as mulheres da zona rural, e como foi ressaltado na entrevista que elas são prejudicadas pela demora, pois chegam cedo à maternidade e esperam muito tempo para serem atendidas.

Quadro 3: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Quais foram as principais intercorrências obstétricas observadas por você na assistência?

IDEIA CENTRAL I	DSC
Sem intercorrências	Marquei pra ter o menino e pronto e tive, num aconteceu nada não; Não ocorreu nenhuma intercorrência, graças a Deus. Sem intercorrência (...); Não teve demora e foi tudo normal; Foi tudo normal.
IDEIA CENTRAL II	DSC
Despreparo da equipe da Maternidade Claudina Pinto.	Lá não foi nada bom não pra mim, sofri feito a mulesta, porque o médico queria fazer o parto normal e eu não podia, por causa das veias (...); não tinha nem um médico aí mandaram chamar Dr. P. pra ir lá me examinar, ele só fez exame de toque e me enviou pra Mossoró; No último como falei não tinha médico, cheguei como cheguei sangrando, quem me atendeu foi as parteiras que ficam lá, elas prestou muita assistência a mim, porque ligou pra Dr. P, viu meu estado e não tinha médico e nem UTI, ela ligou para o médico que estava de plantão só que ele não atendeu o celular, aí ela viu eu sangrando muito, ligou pra P. ele veio e me encaminhou pra Mossoró (...); fiquei internada quando a menina tava descendo

	eu chamando a enfermeira e ela não queria vim porque queria dormi, quando ela veio e viu, me levou lá pra sala bem abusada e eu fui mais andando (...).
--	---

Fonte: Pesquisadora de campo, 2014.

No quadro 3 as parturientes revelam se ocorreu alguma intercorrência na Maternidade Claudina Pinto, que na ideia central I ocorreu tudo bem.

A gravidez é um acontecimento especial na vida da mulher, para que ocorra diminuam ou reduzam as possibilidades de intercorrência, a enfermagem pode colaborar na diminuição das complicações relacionadas com a função reprodutiva significativa, por uma assistência adequada tanto na gestação e até o seu pós-parto, expandindo a equipe para assistir melhor as gestantes de risco nos serviços de pré-natal e no acompanhamento do planejamento familiar, dando ênfase ao socioeconômico-cultural de cada paciente (DOURADO; PELLOSO, 2007).

A ideia central II apresenta o despreparo da equipe na assistência obstétrica, os resultados esperados é o bem-estar materno e do perinatal, que é exigido dos profissionais domínio e competência para ter uma assistência de qualidade, estando aptos a adotar medidas precisas, para não ser colocadas em riscos a saúde e a vida da mãe e nem do seu RN. Como no caso de uma das entrevistadas, que não podia ser feito o parto normal, pois corria risco de vida se não fosse feito o parto cesariano.

A cesárea é uma cirurgia que foi criada e desenvolvida com fins de salvar a vida das mulheres que serão futuras mães e/ou do seu bebê, indicado apenas se tiver alguma complicação durante a gravidez ou o parto. Sendo assim, é um procedimento usado quando se tem risco para mãe, o bebê ou para os dois, durante a evolução da gravidez e/ou do parto. Por ser um tipo de cirurgia, a cesárea não é livre de risco, pois no Brasil e entre outros países, tem um alto índice de morbimortalidade materna e infantil, comparado ao parto normal (BARBOSA et al, 2003). A intervenção médica que será escolhida, levando em conta os termos éticos, e se os benefícios cobriram os riscos que podem ocorrer. (BARBOSA et al, 2003).

De acordo com Coimbra (2007), diz que a mortalidade materna e infantil é dependente da maneira de como é ofertada a assistência tanto ao pré-natal como no parto, os aspectos próprios da reprodução humana e por terem provocado doenças ou pelo agravado durante o estado gravídico-puerperal. Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, usando medidas relativamente simples, visando a melhorar a qualidade da assistência perinatal e ter o acesso aos serviços de saúde.

Mesmo com a criação PAISM representar um passo significativo na área social, tendo em seu conteúdo os princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde, um déficit de ação desse programa, relacionado à forma como o sistema público de saúde está organizado e que não vem respondendo propriamente nas especialidades do adoecimento das mulheres, na perspectiva da independência ou superação das diversas formas de dominação (MATTOS, 2001). As entrevistadas que demonstraram que a maioria das intercorrências ocorridas foi pelo despreparo da equipe, uma relatou que não tinha médico e já outra que tinha médico de plantão, mas ele não estava na maternidade, como é demonstrado na teoria que o índice de mortes das mulheres é a falta de uma melhor assistência. Medidas simples faz toda diferença. O que é lamentável pelo potencial de melhoria em relação à atenção a saúde da mulher que está sendo desperdiçado.

Quadro 4: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Cite os pontos positivos/favoráveis da assistência que lhe foi prestada na Maternidade Claudina Pinto?

IDEIA CENTRAL I	DSC
Teve atenção adequada	Agora teve o acompanhamento do pediatra como te disse, a assistência foi boa, medicamento sempre na hora, perguntavam se eu tava sentindo alguma coisa, foi bem atencioso, gostei; atendimento bom, atenção, alimentação regular, meu filho foi bem atendido; Profissionais qualificados têm alguns ambientes climatizados, tem bom atendimento aos pacientes; nos dois mais velhos fui muito bem assistida, que eu até passei mal na cesárea que eu não me dei com a anestesia Dr. C me deu toda assistência, e pelas enfermeira também (...)
IDEIA CENTRAL II	DSC
Assistência ruim	Foi horrível na hora de ter e depois elas só aparece lá pra dar banho de manhã e pronto, eu não achei nada bom, pra mim não tem nada bom.

IDEIA CENTRAL III	DSC
Não soube expor	Não faltou nada; Não faltou nada, disso aí não tenho o que falar não.

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na ideia central I, as parturientes relatam que teve uma boa atenção durante a internação. A atenção qualificada às parturientes é de fundamental importância, pois consequentemente vai ter o índice baixo morbimortalidade favorecendo a promoção da maternidade segura.

Visar à atenção qualificada baseia-se na conclusão de que todas as mulheres têm direitos a cuidados de qualidade durante a gravidez e o parto independente do local de atendimento (MACDONALD, STARRS, 2003).

Evidências epidemiológicas referentes a diversos países em desenvolvimento sugerem que a atenção qualificada durante o parto auxilia na redução de morte materna e perinatal. Isso se deve ao empenho dos países em priorizar e ampliar a atenção qualificada (na hora) do parto. As experiências, mudanças políticas e normativas específicas que possibilitam a redução da mortalidade materna e perinatal representam lições valiosas sobre o papel da atenção qualificada tanto a mãe como a seu filho durante o trabalho de parto, durante o parto e durante o pós-parto (MACDONALD, STARRS, 2003).

Na ideia central II, as parturientes não dizem nenhum ponto positivo da assistência e sim que é ruim por não ter tido atenção precisa no parto e como também nenhuma no pós-parto. Se não tem uma assistência qualificada, a atenção depende tanto da instituição de saúde, como também do profissional que presta o atendimento (REDE NACIONAL 2000). Sabemos que o pós-parto ainda é um período de risco, tornando-se, assim, importante uma assistência de enfermagem qualificada tendo como base a prevenção de complicações, e que tenha conforto físico, ao lado de ações educativas que possam dar a mulher boas condições para cuidar de si e de sua criança.

Quadro 5: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Qual o seu entendimento sobre a assistência prestada na Maternidade Claudina Pinto?

IDEIA CENTRAL I	DSC

Atendimento à gestante	<p>Só que é o atendimento para as gestantes, e que também é feito curativo lá; Que as consultas é importante pras mulher que ta grávida, tem q ter todos os mês (...); Eu acho que a assistência de lá é basicamente para gestante e puérperas. Mas ali acho que deixa muito a desejar na parte de acolhimento, lá precisa de mais integração, as pessoas ter mais carinho pra passar, não é que eles são mal profissional, são profissionais excelentes sabem o que fazem, mas só que toda profissão se você não tiver carinho por aquilo que faz e principalmente uma gestante chega apreensiva, tiro por mim na minha primeira gestação, eu nervosa nova não sabia o que tava acontecendo, umas menina quase me, quem me acalmou foi a enfermeira, acho que aqui em Apodi o que falta é isso, é trabalhar mais relações humanas essas pessoa, trabalhar pra saber elas tratar melhor as pessoas, tratar como se fosse da família no mínimo , um pouco de carinho acho que já resolvia, são uns bons profissional agora essa falha é grande, parece que não trabalha gostando no que faz.</p>
IDEIA CENTRAL II	DSC
Ideias vagas	<p>Acho que tentam fazer o trabalho deles o melhor possível, atender alguns bem, nem todos; Umas recebem bem as pessoas, outras não recebe, tipo que escolhe as pessoas de tratar bem, sei lá; Ao meu ver é uma boa assistência, não tenho nada a</p>

	reclamar; O atendimento está bom(...);
IDEIA CENTRAL III	DSC
Não sabe	Entendo nada não, só que foi boa, assistência boa; Entendo não sou burrinha, eu num sei não, não entendo nada de parto; Não entendo direito não; Sei lá, eu num sei não, sei nem dizer, só que acompanha a gestante (...);

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na ideia central I, as parturientes relatam que a assistência prestada na Maternidade Claudina Pinto é o atendimento às gestantes, e ressaltam que exista falta de humanização aos profissionais. Percebe-se que compreendem o espaço da maternidade restrito à atenção à gestante. O atendimento que é dado a gestante se inicia no pré-natal, onde vai iniciar-se o contato da gestante com os profissionais de saúde, pois esse vínculo é muito importante para ter um melhor atendimento e conseqüentemente ser mais humanizado.

O acompanhamento ao pré-natal tem forte influência na redução da mortalidade materna e perinatal, desde que as mulheres tenham os serviços disponíveis, os quais devem ter qualidade para o controle dos riscos identificado. A atenção pré-natal tem como objetivos primordiais: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível das situações de risco. Essas medidas favorecem na prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

A tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento no momento é fundamental para humanização da atenção a gestante. O PHPN preconiza que as mulheres visitem e conheça o local do parto, ao longo na sua gestação (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

Para realizar essa assistência, faz-se necessário um envolvimento institucional com adequações físicas e administrativas e que os profissionais envolvidos se conscientizem da importância da sua atuação, pois são eles que propiciam ou não a assistência humanizada. Que as instituições que prestam assistência à parturiente considerem a mulher e a sua família como o centro das atenções, respeitando a dignidade e a natureza humana, desenvolvendo atitude de compreensão da experiência do ser humano no processo vivenciado. Propiciar,

permitir e estimular a mulher a uma participação ativa e assegurar o seu direito de cidadania (SIMÕES, CONCEIÇÃO, 2005).

A qualidade da assistência obstétrica, bem como as reivindicações para a implantação de políticas públicas voltadas aos atendimentos humanizados, deve ser um compromisso de responsabilidade compartilhada entre os gestores, os profissionais de saúde e a própria comunidade (MOURA et al. 2007).

Conforme apresenta a ideia central II, percebeu-se que as parturientes demonstram dificuldades em saber os procedimentos que foram ocorridos no seu período gravídico-puerperal que passaram na maternidade.

Na ideia central III dos depoimentos é possível constata que as parturientes não entendem sobre a assistência prestada na Maternidade Claudina Pinto, demonstrando a partir dos discursos, as dificuldades para responderem, isso pode ser considerado devido a maioria terem abandonando os estudos por causa da gravidez.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou analisar a percepção das parturientes a assistência da Maternidade Claudina Pinto de Apodi/RN, discutindo a sua percepção a assistência que foi prestada na maternidade durante o seu ciclo gravídico-puerperal, destacando sobre a participação das puérperas da pesquisa a assistência que lhe foi dada.

A partir dos resultados foi possível perceber que a percepção da assistência apresentada pelas puérperas ainda é bastante limitada, a maioria demonstraram dificuldades em

interagir no momento da entrevista. O nervosismo e também um pouco de vergonha foram observado durante a pesquisa, onde se relaciona um pouco com o conhecimento em que adquiriram durante o ciclo gravídico-puerperal sobre a assistência, como também pela a maioria tem baixa escolaridade.

Vale ressaltar que a gestação é um evento fisiológico normal onde ocorrem várias modificações ao organismo da mãe que começam desde a primeira semana da gravidez e continuam durante todo o período gestacional, que essas mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de diferentes formas. O corpo da mulher é constante e intensamente sensibilizado o que traduz uma série de desconfortos, expressa por muitos sinais e sintomas, que variam dependendo da tolerância de cada mulher ao desconforto e da intensidade com que eles se apresentam.

A assistência qualificada deve ser prestada durante o ciclo gravídico-puerperal é de grande importância, pois feita com qualidade, é em especial para reconhecer a diversidade e amplitude de necessidades que mulheres, interferindo em situações de risco, e tendo o bem-estar durante o ciclo gravídico puerperal, conseqüentemente assegurar a uma maternidade segura.

Percebe-se que as participantes da pesquisa identificaram algumas dificuldades e explicita insatisfação na assistência prestada na maternidade Claudina Pinto em Apodi/RN, algumas participantes da pesquisa relataram que já melhorou a assistência com a primeira gravidez mesmo assim, ainda necessita melhorar a qualidade da assistência prestada.

Espera-se que a pesquisa sirva de auxílio para que os profissionais de saúde apliquem melhores intervenções durante a assistência prestada às mulheres durante a gestação, parto e puerpério na maternidade, com o intuito de obter uma melhor qualidade favorecendo resultados eficazes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nilza Alves Marques de et al. A humanização no cuidado à parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 355 - 359, 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_02.htm Acesso em: 12 nov. 2014

ALMEIDA, S. D. M; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP). **Rev Panam Salud Publica**, v.17, n.1, p.15–25, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n1/24024.pdf>>. Acesso em 13 abr. 2014.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo; quem deseja? Em quais circunstâncias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf> Acesso em 18 nov. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **“Efetivando o Controle Social”**. Brasília, 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html Acesso em: 12 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerpeiro_3ed.pdf. Acesso: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão de investimentos em saúde. **Profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal: Manual Técnico**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>. Acesso em: 13 abr. 2014

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2014

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p.456-462, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n4/16780.pdf> Acesso em: 10 nov. 2014

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n 311 de 8 de Fevereiro de 2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007. Disponível em: http://www.ipebj.com.br/docdown/_3aca5.pdf >. Acesso em: 05 abr. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ – CREMEC. Parecer CREMEC nº 03/2013. **Assistência ao parto por enfermeiro(a)**. Fortaleza: CREMEC, 2013. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2013/par0313.pdf> Acesso em 19 nov. 2014.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p.768-774, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26297.pdf> Acesso em: 12 nov. 2014

COSTA, E. S.et al. Alterações fisiológicas na percepção das mulheres durante a gestação. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/377/pdf?>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

COSTA, Maria Conceição Oliveira, et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.719-727, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&=S1413-81232005000300028 Acesso: 13 nov. 2014.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n.1, p.69-74, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n1/a12v20n1.pdf> Acesso em: 10 nov. 2013

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. v.17, n.2. São Paulo abr/jun, 2008.

FEBRASGO. **Cartilha da grávida**. Disponível em: <<http://www.febasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/08/cartilha-febrasgoFINAL.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2004.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. Ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. 8 reimpr. São Paulo, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Aline Oliveira; NEVES, Jussara Bôtto. O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.4, n.2, nov./dez. 2011. Disponível em: [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/04-O%20ENFERMEIRO-NA-ASSISTENCIA-A-PUERPERA-NA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE\(GOMES;NEVES\).pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/04-O%20ENFERMEIRO-NA-ASSISTENCIA-A-PUERPERA-NA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE(GOMES;NEVES).pdf) Acesso em: 19 nov. 2014.

HOTIMSKY, S.N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1303-1311, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C.V. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

MACDONALD, M.; STARRS, A. La atención calificada durante el parto. Un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. **Famile Care International**, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, 2010.

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

NEME, B. Ovulação, Fecundação, Migração e Nidação Ovular In: NEME, Bussâmara **Obstetrícia Básica**. 3.ed.São Paulo:Savvier,2005.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de et al. Percepção de Mulheres sobre a vivencia do trabalho de parto. **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a04v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2014.

PEREIRA, M. G.; SANTOS, A. C. e RAMALHO, V. **Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial**. Comunicação apresentada no congresso de medicina familiar, Viseu, no congresso de psicologia da saúde, Áustria 2000 (p. 583-590). Disponível em: <<http://www.psiquilibrios.pt/artigos/AdaptarGravidez.pdf>>. Acesso em: 13 de abr. de 2014.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G. NARDI, T.; LOPES. R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. As mortes de mulheres por complicações da gestação, parto, puerpério representam em 90% dos casos, um desperdício de vidas. **Dossiê mortalidade materna**. São Paulo, 2000.

REIS, Guilherme F F. Alterações Fisiológicas Materna na Gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 43, n 1, p. 3-9, jan./fev., 1993. Disponível em: <[lasm.com.br/.../alterações %20Fisiológicas%20Maternas%20G...](http://asm.com.br/.../alterações%20Fisiológicas%20Maternas%20G...)> Acesso em 17 nov. 2014.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **Reufsm: revista de enfermagem da UFSM**, Feira de Santana, v. 2, n. 1, p.225-237, nov. 2014.

SILVA, Viviane Caetano. **Os conhecimentos adquiridos pelas gestantes assistidas pelos enfermeiros da estratégia da saúde da família sobre as alterações fisiológicas durante a gestação**. Dourados, 2009.

SIMÕES, S. M. F.; CONCEIÇÃO, R. M. O. de. Parto humanizado: significados para a mulher. **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 11-17, jan./fev. 2005.

VIEIRA, E. M. A questão do aborto no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.32, n.3, p.103-4, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Roteiro de entrevista

1- DADOS DA PARTURIENTE

1.1 Idade: _____

1.2 Estado civil:

() casada () solteira () viúva () separada

1.3 Escolaridade

() analfabeta () até 4 anos de estudo () 4-8 anos de estudo () 8 anos de estudo ou +

1.4 Ocupação: _____

Paridade: G: _____ P: _____ A: _____

2- QUESTÕES RELATIVAS AOS CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES DAS PUERPERAS:

2.1 Você considera que a Maternidade Claudinia Pinto presta uma assistência de qualidade na gestação e puerpério? () Sim () Não

Justifique?

2.2 Durante a realização do seu pré-natal você percebeu algumas dificuldades durante a assistência? () Sim () Não

Se sim, qual(is)?

2.3 Quais foram as principais intercorrências obstétricas observadas por você na assistência?

2.4 Cite os pontos positivos/favoráveis da assistência que lhe foi prestada na Maternidade Claudina Pinto?

2.5 Qual o seu entendimento sobre a assistência prestada na Maternidade Claudina Pinto?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Sra.

A presente pesquisa intitulada **Percepção parturientes sobre a assistência da Maternidade Claudina Pinto de Apodi-RN** desenvolvida por Zilda Catarina de Paiva, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, a professora Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins, tem como objetivo geral: Analisar a concepção das parturientes sobre a assistência prestada na maternidade

Claudina Pinto de Apodi/RN. E objetivos específicos: Identificar as principais intercorrências obstétricas durante o atendimento; Conhecer na opinião das puérperas as dificuldades encontradas na assistência obstétricas; Verificar na opinião das puérperas os pontos positivos/favoráveis da assistência obstétricas.

A mesma justifica-se pela necessidade de se analisar até que ponto a maternidade Claudina Pinto em Apodi – RN, está preparada para prestar uma assistência de qualidade a mulher, ao decorrer da gestação no seu pré-natal e no parto, não só no que diz respeito à sua estrutura física, mas também no tocante aos profissionais que prestam atendimento, em especial, a equipe de enfermagem, que está diretamente em contato com a paciente; já na gestação de risco o pré-natal é todo acompanhado pelo medico, e na gestação de alto risco o medico encaminha para hospital de referencia do município de Mossoró/RN.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de um roteiro de entrevista. Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

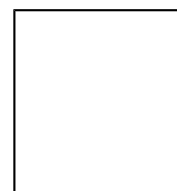
As pesquisadoras¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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

Mossoró, ____/____/2014.

Pesquisadora Responsável/ Associada

Participante da Pesquisa/ Testemunha



¹Endereço residencial da Pesquisadora Responsável: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: patriciahelena@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

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
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

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 8ª Reunião Ordinária realizada em 10 de Setembro 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DA MATERNIDADE CLAUDINA PINTO DE APODI-RN", protocolo número: 131/14, CAAE: 35607214.0.000.5179 e Parecer do CEP: 824.523, Pesquisadora responsável: **Patrícia Helena de Morais Cruz Martins** e das Pesquisadoras associadas: **Zilda Catarina de Paiva, Giselle dos Santos Costa e Cássia Guerra de Sousa.**

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, 09 de Outubro de 2014

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE