

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ/RN

RAIKA KERLA DA SILVA

**PARTURIENTE E EQUIPE OBSTÉTRICA: A COMPLEXA ARTE DA
COMUNICAÇÃO**

MOSSORÓ

2017

RAIKA KERLA DA SILVA

**PARTURIENTE E EQUIPE OBSTÉTRICA: A COMPLEXA ARTE DA
COMUNICAÇÃO**

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
2017

RAIKA KERLA DA SILVA

**PARTURIENTE E EQUIPE OBSTÉTRICA: A COMPLEXA ARTE DA
COMUNICAÇÃO**

Monografia apresentada pela aluna **RAIKA KERLA DA SILVA**, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
Orientadora

Profa. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)
Membro

Profa. Esp. Lívia Helena Moraes de Freitas (FACENE/RN)
Membro

Dedico primeiramente a **DEUS**, que me deu sabedoria, força e coragem para chegar até aqui, e a minha **FAMÍLIA**, por ter me apoiado em todos os momentos. Ao meu **FILHO** e **ESPOSO** que com muita paciência, me incentivaram a seguir até o fim. Essa conquista é graças a vocês!

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Deus que permitiu que este momento fosse vivido por mim, trazendo alegria aos meus pais e a todos que contribuíram para a realização deste trabalho e que não me deixou faltar forças nesses quatro longos anos de Academia, sem Ele, com toda certeza, não teria conseguido.

Aos meus pais, Antonieta e Osmar, vocês são os responsáveis por eu estar aqui agora, escrevendo esses agradecimentos de conclusão do curso. Obrigada por tudo que fizeram por mim e por sempre estar ao meu lado me ajudando e apoiando a superar cada fase e escolha da minha vida, sem vocês eu não teria conseguido, amo vocês com toda minha alma.

O meu amado filho Rickson Ryan, que foi o motivo, uma das principais razões, e que me inspira a lutar todos os dias para realizar meus sonhos. Obrigada por compreender a minha ausência e omissão nas horas que você precisou, meu pequeno, tudo que faço é por você. Eu te amo muito, minha vidinha!

Ao meu amado esposo, José Airtomírames, que representa para minha vida segurança em todos os aspectos, meu companheiro incondicional, especialmente nas horas de aflição, obrigada pela paciência, incentivo, pelo carinho, compreensão nas horas de ausência, amor e solidariedade, por ser o meu melhor amigo em todas as horas, você sempre buscou dar-me força para eu manter o foco e continuar a realizar o meu sonho, sempre apoiando em todas as minhas decisões. Muito obrigada por me sentir tão amada. Eu te amo muito!

Aos meus Irmãos, Reginaldo, Rosenaldo, Rony e Raquel e *in memoriam* ao meu cunhado Flávio José, que falava muito em alugar um terno pra ir no meu baile, saiba que estará lá nos nossos corações, obrigada por sempre permanecerem ao meu lado me dando força, me entusiasmando e pela presença constante na minha vida. Amo vocês!

Agradeço a Deus pelas amizades construídas, que foram fortalecidas no decorrer desses quatro anos, onde formamos uma linda família, apesar das brigas, desentendimentos. Mas, o amor sempre prevalecia, uma turma unida e sempre disposta a ajudar uns aos outros. Ao meu trio preferido, irmãs que a faculdade me deu, onde juntas formamos o “quarteto fantástico”, não é Nailma, Paula e Zildian? Abusos diários, apelidos “carinhosos”, conversas, estudos e companheirismo, pela cumplicidade e parceria durante esses quatro anos, pelas besteiras ditas e feitas

durante esses anos e pela amizade dada sem nada em troca. Foram muitos momentos de alegrias, felicidades, frustrações e sucessos. Conhecimentos que adquirimos juntas, afinidades compartilhadas, grupos de estágio. Sentirei falta até das “briguinhas”. Obrigada por fazerem parte desse momento e por serem chatas, as chatas que eu quero levar para sempre comigo. Amo vocês, minhas amoras!

Agradeço a Dr. Manoel Nobre por todo ensinamento e dúvidas tiradas em meio a uma cesárea e outra, por acreditar em mim e me dar a maior força para entrar e enfrentar essa longa jornada. A você, toda a minha admiração por ser esse profissional extraordinário e um ser humano incrível.

À Facene e todo seu corpo docente, coordenação e administração, que realizam seu trabalho com tanto amor e dedicação, trabalhando incansavelmente para que nós, alunos, possamos contar com um ensino de extrema qualidade.

A minha orientadora Prof.^a Esp. Patrícia Helena de M. Cruz Martins, agradeço por ter aceitado o convite, pela paciência, dedicação e ensinamentos que possibilitaram que eu realizasse este trabalho e poder contar com a sua sabedoria, conhecimento e experiência repassada não só no momento de orientação, mas em parte da minha formação acadêmica. “Paticinha”, você foi essencial para a conclusão desse projeto, hoje você representa, para mim, um grande exemplo a seguir quanto profissional. Parabéns pela extraordinária profissional que és como docente e enfermeira, uma pessoa sensível e humana, obrigada por sempre me encorajar dizendo “Calma tudo vai dar certo” e deu! Esse projeto é nosso, muito obrigada pelas conversas e paciência. Obrigada por tudo! Te adoro muito.

Aos membros da minha banca Prof.^a Esp. Ana Cristina Arrais e a Prof.^a Esp. Livia Helena Moraes de Freitas, muito obrigada por aceitarem participar deste projeto. A minha prima (irmã) Ana Cristina que sempre acreditou em mim e não hesitou quando a convidei. Obrigada por acompanhar minha trajetória como acadêmica e acreditar que seria capaz. A Livinha que me conquistou com esse jeitinho brincalhão, mas sempre responsável, sempre atenciosa, eu só tenho a agradecer. A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse sonho.

O meu muito obrigada!!

“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante.”

(Paulo Coelho)

RESUMO

Comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sendo eles símbolos ou sinais, verbais ou não-verbais. Esse processo media toda a ação e propicia o estabelecimento de um relacionamento pela comunicação, permitindo compreender a visão de mundo do paciente, identificando o que ele sente, dentro o significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem. São direitos da mulher a informação nas ações de saúde que devem ser desencadeados no processo da parturição, como também receber informações sobre o que acontece com ela e com o seu bebê. O estudo tem como objetivo geral: analisar como ocorre a comunicação entre os profissionais que assistem o parto e a mulher que vivencia o processo de parturição e tem como objetivos específicos: conhecer o perfil socioeconômico e obstétrico das participantes da pesquisa; verificar, no entendimento das parturientes entrevistadas, o que significa comunicação com a equipe; descrever como ocorre a comunicação das parturientes participantes da pesquisa com a equipe obstétrica durante o trabalho de parto; identificar os desafios enfrentados na comunicação entre as parturientes e equipe obstétrica, durante e após o parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa e qualitativa, foi utilizado um roteiro de entrevista. A população foi constituída por puérperas, que tinham sido assistidas pela equipe do Hospital e Maternidade Almeida Castro do município de Mossoró/RN. Como amostra 05 (cinco) puérperas de partos normais e 10 (dez) de partos cesarianos, por meio da técnica de amostragem aleatória. Para a análise dos dados quantitativos, foram realizadas técnicas estatísticas como porcentagens e frequências simples, sendo representada por tabelas e para a análise qualitativa foi utilizada a técnica analítica do discurso por categorização. Quanto aos dados quantitativos, 48% com idades de 18 a 23 anos, 13% solteiras, 40% ensino fundamental incompleto, 54% renda de um salário mínimo, 61% do lar. Em relação aos dados qualitativos, 74% tiveram de 1 a 2 gestação, 87% tiveram de 1 a 2 partos, 87% não sem abortos, 61% tiveram a primeira gestação com idade entre 14 e 19 anos, 40% tiveram partos cesarianas. Em relação a comunicação, todas as respostas foram positivas, demonstrando conhecimento e satisfação sobre a temática abordada. Quanto as dificuldades destaca-se a dor, medo, dificuldade para amamentar, falta de vagas, a insegurança pelo desconhecido. Quanto os sentimentos constata-se que podem interferir diretamente na saúde do binômio mãe-bebê, tornando-se um obstáculo para o processo de trabalho de parto. Seria essencial uma estratégia por parte das unidades de saúde que implementem e exercitem um acolhimento para gestantes, com a finalidade de preparo no decorrer da gestação, afim de esclarecer todas as dúvidas em relação ao trabalho de parto.

Palavras-chave: Parto. Comunicação. Enfermagem.

ABSTRACT

Communicating is the process of transmitting and receiving messages through signs, being they symbols or signs, verbal or non-verbal. This process mediates all action and facilitates the establishment of a relationship by communication, allowing understanding the patient's worldview, identifying what he feels, from the meaning he attributes to the facts that occur to him. Women's rights include information on health actions that should be triggered in the process of parturition, as well as information about what happens to them and their baby. The objective of the study is to analyze how communication between the professionals attending birth and the woman who lives the parturition process has the specific objectives of knowing the socioeconomic and obstetric profile of the participants of the research; To verify in the understanding of the parturient interviewed what means communication with the team; To describe how the communication of the pregnant women participating in the research with the obstetric team occurs during labor; Identify the challenges faced in communication between parturient and obstetric staff during and after childbirth. It is a descriptive and exploratory research, with a quantitative and qualitative approach, an interview script was used. The population was constituted by puerperas, who had been assisted by the Hospital and Maternity Almeida Castro team of the municipality of Mossoró / RN. As sample 05 (five) puerperae of normal deliveries and 10 (ten) of cesarean deliveries, by means of the random sampling technique. For the analysis of the quantitative data, statistical techniques were performed as percentages and simple frequencies, being represented by tables and for the qualitative analysis was used the analytical technique of discourse by categorization. As for the quantitative data, 48% aged 18 to 23 years, 13% single, 40% incomplete elementary school, 54% income from a minimum wage, 61% of the household. Regarding qualitative data, 74% had 1 to 2 gestations, 87% had 1 to 2 deliveries, and 87% had no abortions, 61% had the first gestation between the ages of 14 and 19, and 40% had cesarean deliveries. In relation to communication, all the answers were positive, demonstrating knowledge and satisfaction on the subject. The difficulties include pain, fear, difficulty in breastfeeding, lack of vacancies, and insecurity in the unknown. As for the feelings, it can be seen that they can interfere directly in the health of the mother-baby binomial, becoming an obstacle to the process of labor. A strategy by the health units that implement and train pregnant women with the purpose of preparation during pregnancy in order to clarify all doubts about labor will be essential.

Keywords: Childbirth. Communication. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil socioeconômico das Mulheres Entrevistadas. ...	32
Tabela 2 - Dados Obstétricos Das Mulheres Entrevistadas.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Contextualização e Problematização.....	12
1.2 Hipótese	14
2. OBJETIVOS	15
2.2 Objetivo Geral.....	15
2.3 Objetivos Específicos	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Comunicação.....	16
3.2 Assistência Obstétrica.....	18
3.3 Políticas Públicas Voltadas ao Parto Humanizado.....	21
4. PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1 Tipo de Pesquisa	26
4.2 Local da Pesquisa	27
4.3 População e Amostra.....	27
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	28
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados	29
4.6 Análise dos Dados	29
4.7 Aspectos éticos.....	30
4.8 Financiamento	31
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	32
5.1 Análise e discussão dos dados quantitativos	32
5.2 Análise e discussão dos dados qualitativos	36
5.2.1 Experiência do trabalho de parto com a equipe	36
5.2.2 Primeiras reações e impressões com a equipe.....	38
5.2.3 Comunicação entre parturiente e a equipe no período do parto	39
5.2.4 Sensação no momento do parto, frente à equipe da assistência	39
5.2.5 Significado de comunicação com a equipe	41
5.2.6 A forma de comunicação entre a puérpera e a equipe durante o trabalho de parto	41
5.2.7 Dificuldades enfrentadas durante o trabalho de parto.....	42
5.2.8 Dificuldades enfrentadas após o trabalho de parto	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	54
APÊNDICE B Roteiro de Entrevista	56
ANEXO A - CERTIDÃO	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Problematização

Comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sendo eles símbolos ou sinais, verbais ou não-verbais. Esse processo medeia toda a ação e propicia o estabelecimento de um relacionamento pela comunicação, permitindo compreender a visão de mundo do paciente, identificando o que ele sente, dentre o significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem. Sendo assim, a comunicação estabelecida gera autoestima, apoio, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação, facilitando o alcance na excelência do cuidado e bem-estar ao paciente, fazendo com que este se sinta respeitado como pessoa em suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual (CARON, 2002).

São direitos da mulher a informação nas ações de saúde que devem ser desencadeados no processo da parturição, assim, a gestante espera receber informações sobre o que acontece com ela e com o seu bebê e sobre o modo de participar de forma ativa no processo do trabalho de parto, adaptando-se ao modelo hospitalar vigente. O profissional de saúde tem a função ética e legal de passar informações claras e completas sobre todo o processo de trabalho de parto, os cuidados e as alternativas, e dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado (SODRÉ, 2010).

Segundo Ribeiro (2016), para a maioria das mulheres e familiares, o nascimento é um momento especial em suas vidas. A parturiente, ao entregar-se aos cuidados da equipe obstétrica para o seu parto, espera que as atenções estejam voltadas para ela e o seu filho, almejando uma assistência humanizada.

No Brasil, o modelo que predomina em assistência ao parto é extremamente intervencionista, penalizando a mulher e sua família ao priorizar as rotinas institucionais em detrimento aos aspectos sociais e culturais do evento (SODRÉ, 2010).

A obstetrícia moderna apareceu sob a tutela da cirurgia e modificou o parto para um evento medicalizado, descaracterizando a essência original de fenômeno existencial para mãe e filho, de acontecimento social para o grupo familiar e sociedade. Esse modelo prioriza pela racionalidade e pela carência de princípios

humanísticos, em que mãe e filho deixam de ser vistos como pessoas e passam de sujeitos para objetos da assistência (CARON, 2002).

Ainda de acordo com o autor supracitado, essa prática assistencial tem provocado crescente angústia nas parturientes, para quem o parto é simbolizado como um momento de riscos e dor física. Atualmente, além do temor ao parto, a mulher sente medo de quem a atenderá, uma vez que outras mulheres de seu convívio estão repletas de atendimento impessoal e distante, por parte dos profissionais.

A percepção negativa é uma experiência estressante para a mulher, devido à ideia de dor, sofrimento e angústia que este momento pode ocasionar, e receber o apoio dos profissionais da equipe obstétrica que atuam no cuidado à parturiente pode atenuar o estresse emocional e o desconforto físico deste período (PIESZAK, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), os profissionais de saúde desempenham um importante papel durante o processo de parturição, onde pode colocar em prática seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do recém-nascido (RN), porém são coadjuvantes desta experiência.

Portanto, deve-se abandonar esse modelo arcaico e tradicional que é voltado ao profissional e não à parturiente e que impede a mulher de participar como ser ativo e autônomo desse momento tão sublime (RIBEIRO et al, 2016).

Deste modo, considerando-se as oportunidades de interação entre os profissionais da equipe obstétrica e a parturiente indaga-se: como se dá a comunicação entre a equipe obstétrica e a parturiente no trabalho de parto e no parto?

Dessa maneira, busca-se investigar, no ambiente das instituições de saúde, a percepção da parturiente frente ao atendimento do “parto”, em relação à comunicação entre os profissionais que assistem o parto e a mulher que vivencia o processo de parturição.

A escolha pelo tema deu-se devido à observação e vivência com a equipe obstétrica, frente à assistência com a parturiente no período pré, parto e pós parto.

Assim, a relevância desta pesquisa é favorecer a assistência humanizada à parturiente, a partir da análise da comunicação entre os envolvidos no parto nos serviços de saúde, acreditando que através da comunicação entre a equipe obstétrica e a parturiente, será possível adequar junto à equipe de enfermagem métodos de cuidado, de conforto e proporcionar um melhor trabalho de parto, desencadeando na mulher-parturiente confiança em si mesma e na equipe.

1.2 Hipótese

As experiências das parturientes são variadas, algumas veem de forma positiva a comunicação e o partear da equipe, o que favorece durante todo o trabalho de parto na aceitação e cooperação. Porém, outras têm dificuldades em comunicar-se e aceitar as opiniões da equipe, podendo desencadear sentimento de rejeição, necessitando de um maior enfoque na atenção e humanização no decorrer do trabalho de parto, o que mostra o grande desafio e a importância de trabalhar esse tema.

2. OBJETIVOS

2.2 Objetivo Geral

Analisar como ocorre a comunicação entre os profissionais que assistem o parto e a mulher que vivencia o processo de parturição.

2.3 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil socioeconômico e obstétrico das participantes da pesquisa;
- Verificar, no entendimento das Parturientes entrevistadas, o que significa a comunicação com a equipe.
- Descrever como ocorre a comunicação das parturientes participantes da pesquisa com a equipe obstétrica durante o trabalho de parto;
- Identificar os desafios enfrentados na comunicação entre as parturientes e equipe obstétrica durante e após o parto.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Comunicação

Nossa rotina está ligada através da comunicação. Todo mundo fala, todos têm opinião, estamos rodeados de comunicação, executamos comunicação todo o tempo e em todo lugar. Das primeiras horas que nos levantamos até a hora de dormir, a comunicação é o que torna possíveis as relações com as pessoas e nosso modo de estar no mundo e de conviver em sociedade. Todos nós somos capazes de falar sobre a comunicação e suas formas de manifestação, seja ela entre duas pessoas até aquela que nos chega pelos meios de comunicação (STAUFFER, 2007).

A comunicação acontece através da emissão e a compreensão das mensagens, podendo ser verbais e não-verbais. Envolvendo relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é compreendida corretamente (SILVA, 2007).

Deste modo, o processo de comunicação pode ser formal ou informal. O formal acontece através dos sistemas internos de comunicação, podendo variar desde complexos computacionais a simples reuniões entre equipes de trabalho, sendo importantes para obter as informações necessárias ao acompanhamento dos objetivos operacionais, de informação e de conformidade. O processo informal ocorre em conversas e encontros com clientes, autoridades e empregados, é importante para o alcance das informações necessárias à identificação de riscos e oportunidades (IMONIANA; NOHARA, 2005).

Toda comunicação tem duas partes: a primeira é o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir; e a segunda, o que estamos sentindo quando nos comunicamos com a pessoa. O conteúdo comunicativo está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura. O profissional de saúde tem sua própria cultura diferenciando do leigo, por isso é importante saber que quanto mais informações obtivermos sobre aquela pessoa, maior a nossa habilidade em correlacionar esse saber do outro com o nosso, e melhor será o nosso desempenho no aspecto da informação e do conteúdo (SILVA, 2002).

Conforme Spagnuolo (2007), observamos na rotina do fazer em saúde que as habilidades nas práticas comunicacionais exigem que o processo de capacitação oportunize que informações sejam emitidas e ideias sejam traduzidas em ações. As

práticas comunicacionais ganham materialidade a partir de modelos que expressem ideologias explicando os modos como as organizações e as pessoas se comunicam.

Na hospitalização o paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar e é exposto a um ambiente totalmente estranho, onde normas e rotinas controlam e definem suas ações, aspecto esse, que nem sempre é considerado pelos profissionais que o atendem. Os objetos básicos da relação de ajuda, tais como o diálogo e a empatia podem ajudar a reduzir os problemas expostos pela pessoa hospitalizada, mas como não são exercidos, tem como consequência falhas na comunicação (NEGREIROS et al, 2010).

Porém, durante o processo de hospitalização, a atenção da equipe de saúde volta-se, essencialmente, para o diagnóstico e não para o indivíduo que exhibe o problema. Assim, a individualidade de cada paciente é silenciada, não deixando espaço para um cuidado que reconheça seus medos, preocupações, necessidades, angústias e incertezas, ou mesmo que permita a participação do paciente como um indivíduo, que tenha a liberdade de expressar o que sente, percebe e pensa sobre a sua condição (MORAIS et al, 2009).

Partimos da alegação de que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que entrever uma melhor assistência ao paciente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse em fator do processo de hospitalização, especialmente em caso de períodos longos de internação ou quando se trata de quadros de doença graves. Portanto, a comunicação é algo primordial para se afirmar uma relação entre profissional, cliente e família (ORÍÁ, 2004).

Conforme Santos (2010), para um bom funcionamento de qualquer sistema, o processo comunicativo é elemento essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficaz, com finalidade de proporcionar informação e compreensão necessárias à condução das tarefas, e acima de tudo, motivação, cooperação e satisfação nos cargos. Dentro da área da saúde, percebe-se a importância da comunicação nas relações entre os profissionais e os usuários do sistema, de forma a proporcionar o entendimento, satisfação a todos e o equilíbrio para a instituição.

A comunicação pode ser considerada uma *terapia*, positiva ou efetiva, quando tem a qualidade curativa ou benéfica, no sentido de ajudar a pessoa a lidar com as situações da vida e ajustar-se à realidade presente. Desta forma, no atendimento à gestante, é possível considerar que a comunicação terapêutica entre o profissional e

a parturiente ocorre quando se promove uma assistência que proporciona conforto, apoio, confiança e segurança física e emocional, guiando a mulher no curso do trabalho de parto, permitindo sua participação nesse processo, de maneira a tornar o nascimento de seu filho uma experiência positiva (CARON,2002).

Uma das problemáticas mais difíceis e mais complexas no contexto das relações é a comunicação de más notícias interpessoais, pois são situações que geram perturbação tanto na pessoa que a transmite como naquela que a recebe. A comunicação para esse tipo de notícia é considerada uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não somente pelo receio de encarar as reações emocionais e físicas do doente ou familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação (LOPES; GRAVETO, 2010).

Desse modo, os profissionais devem utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, dialogando com o paciente visando esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade imposta pela doença e hospitalização (MORAIS et al, 2009).

3.2 Assistência Obstétrica

Abordar a qualidade da assistência obstétrica e evidenciar nela o enfoque multiprofissional representa uma tarefa muito difícil, considerando que a temática apresenta-se ampla e complexa, tanto quanto o contexto político, social e econômico em que está introduzida; requerendo, portanto, no mínimo cuidar de três aspectos essenciais como: assistência obstétrica, qualidade e multiprofissionalidade (TYRREL; ARAÚJO, 2003).

Conforme Martins (2011), o modelo de assistência obstétrica e perinatal desenvolvido por instituições de saúde atualmente tem sido questionado quanto a sua qualidade, através próprios gestores de saúde e pela sociedade em geral. Atualmente, torna-se prioridade nas políticas do Ministério da Saúde (MS) e outras associações o resgate da dignidade, cidadania e saúde das mães e seus filhos.

O parto é um momento de muitos significados, a partir da singularidade e cultura da parturiente que muda o cotidiano da mulher. Tempos atrás a maioria das pessoas nascia pelas mãos de parteiras, onde a mulher expressava livremente seus sentimentos e anseios em um ambiente familiar (SIEBRA et al., 2015).

Historicamente, o cuidado com a gestação e o parto era do domínio das mulheres e realizado com base no conhecimento oral e gestual passado de geração em geração. O parto era vivenciado no espaço doméstico por mulheres e familiares responsáveis pelo cuidar e acolhimento da parturiente e da criança recém-chegada, que assim era inserida na família e na comunidade. Com passar do tempo mudanças sociais contribuíram para que a gestação e o parto passassem para o domínio da obstetrícia médica (CASTRO, 2015).

Com o desenvolvimento das práticas obstétricas na área acadêmica do conhecimento, a partir da metade do século XIX, a assistência prestada pelas mulheres durante o ciclo gestacional e puerperal perde seu espaço. O aprimoramento do saber médico e as rotinas cirúrgicas no parto, como episiotomia e o uso do fórceps profilático, transforma o ato de parir em experiências no âmbito hospitalar, em um momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina (VERSIANI, 2014).

Segundo Dias e Domingues (2005), ainda que haja evidências científicas aceitáveis para que se realizem alterações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abnegar rotinas que adéquam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e aderir outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e alterar as referências do papel do médico neste contexto da assistência.

Atualmente, o Brasil enfrenta um índice elevado de cesarianas, que as vezes acontece devido ao fato do parto normal demorar mais tempo e a disponibilidade dos profissionais para a assistência à parturiente, onde a cesariana acontece em tempo reduzido, com isso permitiria ao obstetra assistir a um número maior de parturientes (SILVA et al., 2015).

Segundo os mesmos autores, mesmo a cesariana sendo uma via de parto decisiva em algumas situações, não deixa de gerar o aumento da morbimortalidade materna e neonatal, devido à infecção puerperal e a prematuridade. O procedimento ainda pode ocasionar o retardo na recuperação puerperal, um maior tempo de internação hospitalar, maior tempo de assistência por parte da equipe de saúde, assim como maior uso de medicamentos, mais demora para amamentação devido aos desconfortos enfrentados no pós-operatório, e por fim, um gasto maior para o Sistema Único de Saúde (SILVA et al., 2015).

As mudanças corporais ocorrem de forma rápida, ao contrário daquelas que acontecem gradualmente durante os meses de gestação. Sendo assim, todo atendimento obstétrico envolve a compreensão dos sentimentos gerados em virtude do momento experimentados por ambos, parturientes e profissionais. Portanto, um cuidado humanizado perpassa pela obrigação do cuidar da mulher em todo momento do trabalho de parto (CORRÊA, 2015).

De acordo com Siebra (2015), em 1990 o Ministério da Saúde lançou medidas para valorização do parto normal, a fim de fortalecer o modelo do parto no país, o qual estava firmado em ações intervencionistas e medicalizadoras. Nesse sentido, mudanças começaram a ser inseridas com a finalidade de incentivar o parto vaginal, além de possibilitar aos profissionais de saúde a percepção do direito da mulher em participar do processo de parturição.

Uma noção de humanização vem sendo utilizada há vários anos, em especial na área da saúde, falando-se em humanização da assistência. No campo da assistência ao parto, as discussões frente a humanização trazem demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e organizações não-governamentais têm exposto suas preocupações com a medicalização exacerbada do parto, dispendo mudanças no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco. A Organização Mundial de Saúde, desde o início da década de 1980, tem feito contribuições importantes para este debate propondo o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, tendo como base evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção (DIAS, 2005).

A humanização vai além do tratar bem, é tratar de forma amigável tornando a mulher protagonista do momento mais importante para ela. Diante deste contexto, o cuidado da enfermagem é um elemento fundamental onde envolvendo o ser que cuida e o ser cuidado com atenção, responsabilidade, respeito e solidariedade. Proporcionado um cuidar humanizado, demonstrado por presença, atenção, comunicação, amor, carinho e verdadeira interação com a parturiente neste momento de vulnerabilidade e medo, a mulher necessita ser nutrida, acalentada, de calor humano e de sentir o outro (VERSIANI, 2014).

Conforme Carraro (2006), o cuidado e o conforto durante o trabalho de parto, não se deve simplificar e considerar apenas o alívio da dor. Cuidar é olhar, ouvir, enxergar, escutando; observar, perceber; sentir, empatizando com o outro, dispondo-se para fazer com ou para o outro. A condição indispensável para que ocorra o

conforto é promover um ambiente favorável, ou seja, um ambiente no qual a pessoa seja cuidada e sinta que está sendo, ofertando-lhe afeto, calor, atenção e amor onde estes favorecerão o alívio, a segurança e o bem-estar.

As atitudes e maneira como a parturiente utiliza o seu corpo, e a forma de se comportar durante o trabalho de parto derivam das informações recebidas no pré-natal, do contexto socioeconômico e de sua personalidade. Espera-se que a gestante precise de conhecimentos prévios a respeito da gravidez, nutrição adequada, as contrações, o parto, o crescimento e o desenvolvimento do filho, a amamentação, imunização, como também receber informações sobre preparação física adequada, em relação no que diz respeito aos efeitos de variar as posições, participando ativamente do seu parto, assim percebendo o bem-estar que essas variações proporcionam (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Segundo Matos (2013), diante essa linha de pensamento, surgem novas propostas de atenção ao parto, voltadas à mulher, em suas particularidades, direitos e vontades na perspectiva de substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista onde o foco é a mulher atendida por meio de ações que atente as diferenças sociais e culturais da população feminina.

O alívio total da dor não implica necessariamente em uma experiência de parto mais satisfatória. Entretanto, se a mulher sentir-se cuidada e confortada, esta experiência poderá ser bem menos traumática, visto que, atualmente, as mulheres não temem só a dor na hora parto, elas temem em relação aos cuidados que receberão, uma vez que as experiências estão saturadas de atendimento impessoal e distante (CARRARO, 2006).

3.3 Políticas Públicas Voltadas ao Parto Humanizado

De acordo com Moreira (2015), o conceito de humanização é polissêmico, envolve incontáveis enunciados e é permeado por imprecisões. Porém, as formas de entender ou perceber humanização não se dissociam de suas práticas. A humanização pode ser entendida como um vínculo entre profissionais e usuários, firmado em ações norteadas pelo entendimento e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. Em outro significado, a humanização é

agregada à qualidade do cuidado, que englobaria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários.

Na assistência ao parto, humanizar é um termo utilizado há muitas décadas, com os mais diversos sentidos. Fernando Magalhães, Pai da Obstetrícia Brasileira, o adequou no início do século xx e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. A humanização da assistência, em suas muitas versões, exprime uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no que fazer frente ao sofrimento do outro humano. Neste caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, preservado pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, penalizando a mulher pelo pecado original, dificultando e ilegalizando qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (DINIZ, 2005).

De acordo com Domingues (2004) ao longo das últimas décadas, observa-se um crescente movimento de críticas em relação ao modelo brasileiro de assistência ao parto e aos seus resultados, transmitido mais recentemente pelo próprio Ministério da Saúde. Esse movimento, nominado “humanização da assistência ao parto e ao nascimento”, aparece em vários serviços que buscam a instituição de uma atenção menos intervencionista, fundamentada em uma participação ativa da mulher no processo, com grande ênfase nos aspectos sociais e emocionais da parturição, implementando a possibilidade de presença de acompanhante familiar na rotina de assistência ao parto.

De acordo com Pereira (2006) em meio às medidas tomadas pelo governo brasileiro, destaca-se o fortalecimento da atenção básica durante o pré-natal, sendo responsável por um aumento do número significativos dessas consultas no SUS, passando de 1,8 milhões em 1994 para 7,6 milhões em 1998. O maior aumento (79%) ocorreu de 1997 para 1998. Com relação à assistência ao parto, as medidas foram a adição da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e a redução da taxa de cesárea de 32% para 28%, desde a sua limitação no SUS, em 1998.

A enfermeira obstétrica efetua um papel fundamental durante o parto e o nascimento e sua atuação vem sendo requisitada, tanto nos cenários de cuidado que envolvem ações de pré-natal, parto e puerpério, quanto na caracterização e desenvolvimento de políticas relacionadas com o cenário obstétrico. Sua formação, como especialista, tem sido cada vez mais exigida e incentivada, seja pela qualidade de assistência que desenvolve, pelas colaborações na redução da morbimortalidade

neonatal e materna, ou mesmo devido ao impacto acadêmico em relação ao corpo de conhecimentos da área (MONTICELLI, 2008).

Para as enfermeiras é propriedade defender, a assistência de saúde à mulher e à criança, sendo necessário uma posição que vá além da visão técnica e da participação de uma equipe de saúde; entretanto, reconhecemos que há problemas corporativos, ideológicos e de disputa no mercado de trabalho que dificultam essa defesa; assim como problemas nos serviços de saúde de caráter conjuntural e estrutural, onde os mesmos não dispõem de recursos humanos necessários para efetivar as atividades planejadas, essencialmente de natureza orçamentária, que assegurem sua efetiva participação (TYRRELL, 2003).

Em 1999, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar tendo como justificativa: unir a eficiência técnica e científica a uma postura ética que respeitasse a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, permitindo os limites de cada um e a convivência com o desconhecido e o inesperado (BARBOSA, 2013).

A humanização da parturição e a participação da parturiente nas decisões estão traçadas no diálogo com a mulher, na presença paterna ao parto e na presença das doulas, além da busca por melhoria na relação da instituição hospitalar e seus consumidores. Há também uma legitimidade política, entre outras que reivindicam humanização como defesa dos direitos humanos, almejando combinar direitos sociais e direitos reprodutivos e sexuais com vistas à equidade, liberdade e direito individual. O parto tido como humanizado não deseja abolir as tecnologias alcançadas para auxiliar a mulher nesse processo, porém as mesmas não devem ser usadas rotineiramente, medicalizando o parto ou tornando-o estritamente cirúrgico (LONGO, 2010).

De acordo com o Boaretto (2003), em 2000 é criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), frente a um conjunto de Normas e Portarias com estrutura de incentivos financeiros específicos, objetivando priorizar um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto, estimulando a organização da assistência, vinculando o pré-natal ao parto e puerpério ampliando o acesso das gestantes, garantindo a qualidade e firmando a atenção obstétrica integral, associada dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais.

Em 2003, o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que visa como princípios teóricos metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção, gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos ampliando o campo da assistência hospitalar para todos os serviços de atenção à saúde (BARBOSA, 2013).

Conforme Brüggemann (2013), determinadas instituições de saúde brasileiras reavaliaram suas condutas e passaram a permitir a presença de acompanhante de escolha da gestante desde a internação até a alta. Essa conduta foi respaldada, com a publicação da Lei n. 11.108/2005, conhecida como “Lei do acompanhante”, a partir de então os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a autorizar a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Mesmo que o direito a um acompanhante pela parturiente seja protegido por lei, muitas instituições de saúde não a cumpre, relatando problemas como por exemplo, o despreparo do acompanhante que não tem conhecimento a fisiologia do parto, como também a falta de estrutura física adequada, mesmo sabendo da existência da RDC nº 36 (Resolução da Diretoria Colegiada) que proporciona uma infraestrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal apropriada para a parturiente, seu acompanhante e toda a equipe, além de reafirmar o direito da mulher ao acompanhante, impossibilitando dessa forma o processo de humanização durante todo o trabalho de parto (CHAVES, 2015).

No Brasil, algumas maternidades estão adaptando sua área física para facilitar a permanência de um acompanhante, escolhido pela parturiente, sem arriscar a privacidade das demais, e até mesmo implantando o modelo conhecido como PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério), propiciando que a assistência nos períodos clínicos do parto seja realizada no mesmo local, o que facilita conforto e individualidade (BRÜGGEMANN, 2005).

A decisão é da mulher de ter ou não um acompanhante, como também quem será este acompanhante, o que tornará o parto o mais humanizado possível. Contudo esta humanização não rejeita as tecnologias que existem hoje para ajudar a mulher durante o trabalho de parto (CHAVES, 2015).

Segundo Dodou et al (2014) tem-se o acompanhante como um amenizador dos sentimentos de sofrimento e solidão, uma vez que ele oferece apoio emocional e ajuda

na realização de massagens para alívio das dores. Tal assistência colabora ainda para o um índice satisfatório do Apgar do recém-nascido (RN) e diminui o tempo de trabalho de parto, reduzindo assim complicações, analgesias e número de cesarianas.

Visando a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério foi instaurada a Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), afirmando que esta consiste em uma rede de cuidados que visa garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (CORRÊA, 2015).

Frente a isso, desde 2011 o governo federal vem efetuando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN e com isso, tem por objetivos incentivar a execução de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; preparar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta assegure acesso, acolhimento, resolutividade; e reduza a mortalidade materno infantil com ênfase no componente neonatal (MARTINELL, 2014).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa é a elaboração de um estudo planejado, onde o método de abordagem do problema caracteriza o aspecto científico da investigação. Sua finalidade é descobrir respostas para questões por meio de aplicação do método científico. A pesquisa sempre parte de um problema, de uma interrogação, uma situação na qual o repertório de conhecimento disponível não gera resposta adequada (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Segundo Gil (2009), as pesquisas descritivas têm o objetivo de descrever características de determinadas populações ou fenômenos. Nesse modelo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador, onde deverá apenas encontrar a frequência com que o evento acontece, ou como funciona e se estrutura um sistema, método, processo ou realidade operacional. De outra, há pesquisas que, embora tidas como descritivas a partir de seus objetivos acabam servindo mais para propiciar uma nova visão do problema, o que as alcança das pesquisas exploratórias.

A pesquisa exploratória se caracteriza pelo desenvolvimento e esclarecimento de ideias, com o propósito de oferecer uma visão panorâmica, uma primeira abordagem a um determinado fenômeno que é pouco explorado. Esse tipo de pesquisa também é denominada “pesquisa de base”, oferecendo dados claros dando suporte a realização de estudos mais aprofundados sobre o assunto (DEL CARRATORE, 2009).

De acordo com Maçaneiro (2011), a abordagem quantitativa é aquela que possibilita apresentação numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população no estudo de amostra, como também testar o impacto de um tratamento sobre um resultado, possibilitando inferir na generalização estatística acerca da população.

Já a abordagem qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, aspirações, motivos, crenças, valores e atitudes, dentro de cada paradigma, as metodologias

podem ser utilizadas de forma mista, e o avaliador pode adaptar com responsabilidade as abordagens qualitativa e quantitativa (MAÇANEIRO, 2011).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Maternidade Almeida Castro, CNPJ/CEI: 08.256.240/0001-63, localizado na rua Juvenal Lamartine, Nº 334, Centro, na cidade de Mossoró/RN. A escolha do local foi definida a partir das vivências ocorridas como funcionária da instituição, na função de técnica de enfermagem no setor de obstetrícia. Tendo assim, como referência o atendimento, a cidade de Mossoró e regiões mais próximas.

O Hospital Maternidade Almeida Castro é uma instituição filantrópica mantida pela assistência e Proteção à Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMIM). Também fazem parte do complexo a Casa de Saúde Dix-Sept Rosado. Na Maternidade Almeida Castro destacam-se dois programas de fundamental importância nos serviços prestados: o Parto Feliz e o Aleitamento Materno. O primeiro consiste em pelo menos seis consultas de pré-natal, exames básicos, acompanhamento psicológico, enquanto o segundo é um programa de incentivo às mães na amamentação (MOSSORÓ HOJE, 2015).

O Hospital Maternidade Almeida Castro oferece um atendimento clínico desde o acolhimento, até a internação da paciente, aos partos de alta complexidade, estando disponível para população 100 leitos no centro clínico; no alojamento conjunto com 34 leitos, onde as mulheres ficam com seus filhos após o seu nascimento; o serviço de setor de Gestação de Alto Risco (GAR) com 6 leitos; UTI neonatal com 8 leitos; Unidade Intermediários Canguru (UCINCA); centro cirúrgico com 4 salas, uma sala destinada para cirurgias ortopédicas; p s cirúrgico com 32 leitos, para planos de saúde e partos particulares estão sendo preparados 25 leitos; UTI adulto com 10 leitos sendo 2 reservados para obstetrícia (MOSSORÓ HOJE, 2015).

4.3 Popula o e Amostra

A popula o à amostra de ideias que apresentam ao menos um aspecto em comum. Assim estabelecido como amostra, um subconjunto da popula o através de característica estabelecidas das mesmas (GIL, 2009).

Esta pesquisa teve como população definida para sua execução, puérperas de partos Normais ou Cesáreas no alojamento conjunto do Hospital e Maternidade Almeida Castro.

A amostra estabelecida foi de 15 (quinze) puérperas, que tenham sido assistidas pela equipe da maternidade referida, sendo 5 (cinco) de partos normais e 10 (dez) de partos cesarianos devido o maior índice de cesáreas, totalizando uma amostra de 15 participantes, por meio da técnica de amostragem aleatória simples.

A amostragem aleatória simples é o tipo de amostragem probabilística mais utilizada. Dá exatidão e eficácia à amostragem, além de ser o procedimento mais fácil de ser aplicado – todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de pertencerem à amostra (MARCONI e LAKATOS, 2010).

Os critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa foram: puérperas acima de dezoito (18) anos, participar voluntariamente da pesquisa, concordar em assinar o TCLE (Termo de Compromisso Livre e Esclarecido) e residir nas regiões de abrangência da maternidade.

Como critérios de exclusão, puérperas menores de dezoito (18) anos, as que não assinaram o TCLE (Termo de Compromisso Livre e Esclarecido), puérperas com problemas psicológicos, devido problemas no parto ou que seus bebês estejam em UTIN, UCINCO, UCINCA e que não tinham disponibilidade e/ou interesse em participar da pesquisa.

4.4 Instrumento de coleta de dados

A conduta para o alcance dos dados da pesquisa foi por intermédio de uma entrevista, tendo como instrumento para coletar os dados um roteiro de entrevista semiestruturado, formulado com perguntas abertas e fechadas visando alcançar informações relacionadas à temática em questão.

De acordo com Gil (2010), a entrevista por meio de roteiro é constituída por um conjunto de perguntas em relação ao tema da pesquisa. Visando buscar informações de alguém até então desconhecido, com o propósito de conhecer suas experiências de vida e profissionais, buscando analisar através de um diálogo, os pontos fortes, fracos e aqueles que respondam suas necessidades naquele momento.

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de acordo com a resolução 466/2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE de João pessoa, onde foi avaliado. Posteriormente à aprovação, foi encaminhado um ofício pela coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE, MOSSORÓ/RN, à direção administrativa do Hospital e Maternidade Almeida Castro, onde foi comunicado que a pesquisa se encontra expedida a ser realizada.

Previamente à aplicação do instrumento para coleta de dados, as participantes foram informadas no que diz respeito aos objetivos e metodologia da pesquisa, bem como à garantia do sigilo e anonimato das informações. As participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde estes serão resguardados em arquivo por cinco anos na responsabilidade da pesquisadora.

Após a assinatura do TCLE, as participantes foram encaminhadas individualmente para um local dentro da instituição para realização da entrevista, na qual cada puérpera respondem às perguntas em um ambiente tranquilo e livre de interrupções, onde foi feito o registro por escrito em tempo real e gravadas com auxílio do aparelho eletrônico as quais foram transcritas na íntegra para tabulação, discussão e análise dos dados.

A entrevista é um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem como finalidade a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. A entrevista através coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Os pesquisadores buscam obter informações através dela ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos. Onde os dados objetivos podem ser obtidos através de fontes secundárias tais como: censos, estatísticas etc. Já os dados subjetivos só poderão ser obtidos por meio de entrevista que eles se relacionam com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados (BONI; QUARESMA, 2005).

4.6 Análise dos Dados

Inicialmente, deve-se dizer que análise de dados é uma técnica refinada, que exige muito empenho, tempo e paciência do pesquisador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise. À vista disto, disciplina, rigor e perseverança são essenciais. Diante do exposto, percebe-se que a análise de dados é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, tendo como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Os dados foram analisados de forma quanti-qualitativa. Para a análise dos dados quantitativos objetivando melhor interpretação, foram realizadas técnicas estatísticas como frequência e porcentagens, sendo figuradas por tabelas e posteriormente à interpretação destes, promovendo ao pesquisador uma melhor assimilação da literatura. Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo.

O método é utilizado através de habilidades exibindo de forma sucinta e precisa para obter uma melhor avaliação, podendo ser empregado na forma de gráfico analíticos ou informativos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Conforme Gil (2009), os dados qualitativos por meio de técnicas analíticas do discurso por categorização, esse método é incorporado por uma identificação de elementos que estabelecem um conjunto, estando a distinção, seguida de regulamento por intervenção do gênero traçado em critérios anteriormente definidos.

Desse modo, a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2007), é composta por três etapas: a fase de organização que é formada pela pré-análise, prosseguindo da exploração do material onde os dados são codificados e a partir das unidades registradas. A especificação dos elementos por suas semelhanças e por diferenciação, concluindo com o reagrupamento de acordo com as peculiaridades de cada um, sendo assim demonstrado pela categorização.

4.7 Aspectos éticos

Toda a pesquisa foi desenvolvida conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, onde incorpora a coletividade e o indivíduo, referenciais da bioética, como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade dentre outros. Assegurando direitos e deveres aos participantes da pesquisa, bem como da comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa tem base na resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Onde a mesma aprova a reformulação do código de ética dos profissionais da saúde permitindo que realizem pesquisa com seres humanos desde que esteja respeitando as formas éticas que a resolução estabelece (COFEN, 2007).

A realização da pesquisa foi validada após a permissão das puérperas, garantido às mesmas o anonimato, como também assegurado a privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Conforme foram citados, os aspectos legais e proteção aos seres humanos no projeto pesquisa serão 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 pacientes que concordaram com a pesquisa assinaram o TCLE, onde tiveram total autonomia de recusa na participação da pesquisa, assim como desistência em qualquer momento.

Informamos que o referido projeto poderia apresentar como risco as participantes, constrangimento e/ou desconforto as participante da pesquisa. A pesquisa teve como benefício auxiliar na discussão sobre a temática abordada e na melhoria da qualidade da assistência ao parto da equipe para com as mulheres, sendo esta de importância fundamental para o campo acadêmico para que desta forma possa ser instrumento para construção de outros trabalhos.

4.8 Financiamento

Todas as despesas resultantes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada, segundo a previsão do orçamento. A Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN, ofertou seu acervo bibliográfico, computadores, orientações pela bibliotecária bem como orientadora e banca examinadora.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Análise e discussão dos dados quantitativos

A coleta dos dados quantitativos foi obtida por meio de um roteiro de entrevista com a descrição de informações sobre a situação socioeconômica das participantes e os dados obstétricos. Neste roteiro continha perguntas sobre idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, profissão, religião e dados obstétricos.

Os dados coletados para proceder a análise quantitativa serão visualizados a seguir em forma de tabela para melhor interpretação dos resultados adquiridos.

Tabela 1 - Caracterização do perfil socioeconômico das Mulheres Entrevistadas.

Variáveis	N	%
Idade		
18-23	7	47%
23-28	2	13%
30-36	6	40%
Estado civil		
Solteira	2	13%
União Estável	5	34%
Casada	7	47%
Divorciada	1	6%
Escolaridade		
Ensino Fund. incompleto	6	40%
Ensino Fund. completo	1	6%
Ensino Médio incompleto	2	13%
Ensino Médio completo	5	34%
Nível superior completo	1	6%
Renda Familiar		
1 salário mínimo	8	54%
2 salários mínimos	3	20%
Bolsa Família	2	13%
Desempregada	2	13%
Religião		
Evangélica	5	34%

Católica	10	66%
Ocupação		
Do lar	9	61%
Estudante	2	13%
Comerciantes	3	20%
Outros	1	6%

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Conforme a primeira variável, os dados apresentados são referentes à idade das participantes, onde participaram da pesquisa 15 puérperas na faixa etária de 18 a 36 anos de idade, havendo predominância de 47% entre as idades de 18 a 23 anos, 40% entre 30 a 36 anos e 13 % entre 23 a 28 anos.

Segundo Aldrighi (2016), atualmente o adiamento da maternidade se configura como um fenômeno mundial e nos últimos 30 anos, embora os índices de nascimento estejam decrescendo, a média de idade materna aumenta progressivamente. Inúmeros fatores contribuem para isso, como maior inserção da mulher no mercado de trabalho, crescimento das oportunidades na educação e na carreira da mulher, o desenvolvimento da medicina reprodutiva no que tange ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos.

Diante do exposto, o resultado da variável sobre idade, sinalizou que as puérperas participantes do estudo são em maior percentual a idade mais nova, sendo preocupante a gravidez de risco, bem como a situação de vulnerabilidade social.

Nos dados sobre estado civil observa-se que 47% das puérperas entrevistadas estão casadas, 34% estão em união estável, 13% solteiras, 6% divorciadas.

Com isso destaca-se a predominância de 47% das puérperas serem casadas, e que essa condição lhes asseguram mais segurança na criação dos filhos.

No que refere ao nível de escolaridade das participantes, 40% possuem ensino fundamental incompleto, 6% ensino fundamental completo, 34% ensino médio completo, 13% ensino médio incompleto e 6% ensino superior. Haidar (2001) percebeu que a escolaridade materna tem sido apresentada, como variável independente, em trabalhos epidemiológicos que abrangem os mais variados temas. Assim, a baixa escolaridade materna está associada a um risco maior de mortalidade materna.

No item sobre renda familiar, 54% das entrevistadas vivem com (01) salário mínimo, 20% com (02) salários mínimos, 13% de bolsa família e 13% desempregadas, esses dados caracterizam as entrevistadas em perfil de famílias carentes. Os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais (saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação) entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde. No Brasil, a maioria das mortes e morbidades maternas severas é devida a causas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção ou complicações de abortamento. Isso significa que o acesso a uma assistência à saúde oportuna, humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos (XAVIER, 2013).

Ainda como observado, a maioria das mulheres pesquisadas 66% refere seguir a religião católica, em seguida, destacam-se os evangélicos, com 34%.

Por fim, as participantes pela ocupação, onde 61% são mulheres do lar/dona de casa, 13% são estudantes, 20% são comerciantes, 6% são relacionadas a outras profissões.

Sabe-se também, que as gestações implicam diversas transformações no modo de vida das futuras puérperas, o que limita ou prejudica seu envolvimento em atividades importantes para seu desenvolvimento durante esse período da vida, como as obrigações escolares, trabalho e o lazer resultando para elas uma total mudança de vidas e tendo que abrir mão de vários projetos. É essencial que durante o pré-natal a gestante tenha um bom acompanhamento na parte emocional junto à equipe, onde a mesma possa proporcionar a essas gestantes uma melhor estratégia para que elas venham ter uma gravidez com apoio psicológico, proporcionando uma gestação mais tranquila.

Tabela 2- Dados Obstétricos Das Mulheres Entrevistadas.

Número de Gestação		
1-2	11	74%
3-4	2	13%
5-6	2	13%
Número de Partos		
1-2	13	87%
5-6	2	13%

Número de Abortos		
0	13	87%
2-3	2	13%
Idade da 1º Gestação		
14-19	9	61%
20-25	4	26%
25-30	2	13%
Tipos de Parto		
Parto Normal	5	34%
Parto Cesárea	6	40%
Parto Normal e Cesárea	4	26%

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

No item que se refere ao número de gestações, 74% tiveram entre uma (01) a duas (02) gestações, 13% de três (03) a quatro (04), como de cinco (05) a seis (06) também foram 13%, mostrando que nos dias atuais as mulheres começam a se prevenir mais, planejando sua gestação. Piccinini (2008), o processo de constituição da maternidade 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. Contribuem também para este processo aspectos transgeracionais e culturais, associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como em uma determinada sociedade.

Em relação ao número de partos, 87% das entrevistadas tiveram de um (01) a dois (02) partos, 13% de cinco (05) a seis (06).

Ao que se refere a aborto, 87% das participantes entrevistadas não tiveram aborto e 13% tiveram entre dois (02) a três (03) abortos espontâneos por complicações na gestação. Vieira (2010), O aborto é definido pela Medicina como o nascimento de um feto com menos que 500g ou antes de 20 semanas completadas de idade gestacional no momento da expulsão do útero, não possuindo nenhuma probabilidade de sobrevivida. No Brasil, o ato de provocar um aborto é considerado crime (artigos 124, 125, 126 e 127 do Código Penal Brasileiro), exceto em duas circunstâncias: quando não há outro meio para salvar a vida da gestante ou é resultado de estupro (artigo 128).

É importante destacar que 61% das participantes engravidaram entre 14-19 anos, 26% engravidaram entre 20-25 anos, e 13% engravidaram entre 25-30 anos. É frequente percebermos modificações comportamentais no exercício da sexualidade dos adolescentes, de forma que este fato tem sido objeto de estudo e intervenção de políticas públicas.

Por fim destacaremos as participantes que tiveram parto normal e/ou Cesária, onde 34% tiveram partos normais, 40% tiveram partos cesáreas e 26% das participantes da pesquisa tiveram os dois tipos de partos (normal e cesárea). Observamos nesses dados, um maior percentual com relação ao número de parto por cesáreas.

Conforme Bittencourt (2013), não há dúvidas de que o parto cesariana pode salvar vidas e precaver sequelas neonatais; contudo, a elevada incidência de cesárea no mundo vem tornando-se um grave problema de saúde pública e obstétrico. As consequências deste quadro podem ser graves, levando a enormes chances da mulher desenvolver infecção puerperal, risco de mortalidade e morbidade materna, e de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil no pós parto, maior período de separação entre mãe e bebê, levando a atraso e dificuldade de lactação, e maior tempo de hospitalização, o que gera elevação de gastos para o sistema de saúde. Se faz necessário, portanto, apurar as causas que levam ao aumento das taxas de cesarianas, que a partir do conhecimento, poderão ser desenvolvidas estratégias para que se remodele essa tendência.

5.2 Análise e discussão dos dados qualitativos

Neste item, os dados foram analisados conforme a Análise de Conteúdo, a partir das falas das participantes da pesquisa. Os temas usuais nas narrativas possibilitaram o estabelecimento de oito categorias temáticas acerca da comunicação com a parturiente, todas descritas a seguir.

Além disso, para manter a privacidade das participantes foram identificadas como entrevistadas numa sequência de um a oito, assegurando o anonimato das mesmas, para a transcrição e divulgação da sua fala.

5.2.1 Experiência do trabalho de parto com a equipe

As participantes do estudo demonstraram conhecimento sobre a temática abordada, mas de forma superficial e incompleta quando se refere ao real objetivo da mesma, todas relataram satisfação, outras se sentiam nervosas e ao mesmo tempo preocupadas. A partir das falas das entrevistadas foi observado que as mesmas tiveram uma experiência positiva, tanto em relação à assistência quanto à comunicação.

“Foi boa, não me deixaram só, todos ficavam indo lá na minha cama onde eu estava”. **Entrevistada 1**

“Fui tratada bem, só que pedi cesárea e os médicos queria tentar para parto normal”. **Entrevistada 6**

“Foi bem, se não fosse dizia também”. **Entrevistada 13**

A maioria das mulheres da primeira geração teve seu parto no ambiente domiciliar, referiram ser uma experiência boa e lembraram os cuidados da parteira, principalmente no puerpério. No entanto, as mulheres da segunda geração realizaram seus partos em hospitais e vivenciaram, durante a internação, sentimentos como medo, angústia e solidão, principalmente pelo fato de permanecer sozinhas e, ainda, por perceber rispidez por parte dos profissionais (MATOS, et al, 2013).

Já para outras participantes, a experiência do trabalho de parto corresponde a um momento de dor, sofrimento e nervosismo. Portanto, ao se privilegiar a fala das puérperas sobre o seu estado, percebe-se que para algumas a experiência é dolorosa porém boa desempenhando assim, um determinado papel na sua vida.

“Muito boa, tirando as dores”. **Entrevistada 3**

“Apesar do escândalo que fiz, me trataram bem”. **Entrevistada 5**

“Fiquei muito nervosa, tremia todinha”. **Entrevistada 11**

Percebeu-se nas falas das puérperas entrevistadas que todas estão satisfeitas com o atendimento da equipe, independentemente do estado ou situação psicológicas em que elas estavam no momento de trabalho de parto, sendo este muito importante para elas em seu puerpério.

A importância da equipe promover a participação da mulher no seu trabalho de parto, deixando-a informada sobre o que ocorrerá em cada momento, vai aos poucos

eliminando as sensações de medo, dor, angústia, pânico, tão comumente referidas pelas parturientes, por meio de uma simples comunicação efetiva, pode não só resultar em modificação do comportamento da mulher, mas também proporcionar-lhe uma experiência menos amedrontadora, gerando sentimento de confiança e segurança.

Para Caron (2002), o cliente sente-se bem tratado e considera o cuidador um bom profissional, quando ele demonstra disponibilidade para atendê-lo, o que pode ser compreendido pelas atitudes de permanecer em silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar interesse e aceitação, que se constituem estratégias de comunicação terapêutica.

5.2.2 Primeiras reações e impressões com a equipe

Parte significativa das puérperas referem que, no primeiro momento do seu trabalho de parto as reações e impressões eram de medo, insegurança, angústia, desprezo tão comumente referidas quando as mesmas dizem:

“No momento que cheguei, achei que ia ser muito mal atendida”.
Entrevistada 5

“Eu tava com muito medo deles, mais acabou tudo certo”.
Entrevistada 2

“Que os médicos iam me deixar sofrer e não ia ligar pra mim”.
Entrevistada 9

Outras já relatam uma certa segurança, tranquilidade boa receptividade por parte da equipe assistencial, resultando não só em modificação do comportamento da mulher, mas também proporcionando uma experiência menos amedrontadora, gerando sentimento de confiança e segurança. Isso é confirmado pelas entrevistadas no pós-parto, quando as puérperas dizem:

“Eu senti bastante segurança, nos médicos e em mim mesma”.
Entrevistada 10

“Foi tranquilo os médicos eram muitos bons”. **Entrevistada 8**

“Todos me receberam bem, simpatizei com todos e todas”.
Entrevistada 7

Para mulher em trabalho de parto, o ambiente hospitalar geralmente é um lugar desconhecido e amedrontador. Além das inúmeras intervenções rotineiramente impostas, o histórico da assistência hospitalar ao processo de parto e nascimento é marcado por relações de impessoalidade e indiferença do profissional de saúde com a mulher (DORNFELD, 2011).

5.2.3 Comunicação entre parturiente e a equipe no período do parto

A respeito da temática abordada constataram-se respostas afirmativas, relatando uma boa comunicação, cuidados e atenção por parte da equipe, onde as depoentes citam em algumas falas, uma atenção em especial por parte da enfermagem, a equipe da referida maternidade que atende a mulher no momento do parto é composta por um obstetra e / ou um residente em obstetrícia, uma enfermeira, duas técnicas e um pediatra.

“Todos conversava muito, perguntavam se eu estava me sentindo bem, foi pra mim uma boa comunicação!”. **Entrevistada 7**

“Os enfermeiros vinham mais me olhar que os médicos”. **Entrevistada 15**

“Durante a cesárea, eles me explicaram tudo o que ia acontecer e cuidaram muito bem de mim”. **Entrevistada 9**

A utilização consciente da comunicação por parte da equipe assistencial, sendo ela verbal e não-verbal possibilita uma maior qualidade na relação paciente-profissional, favorecendo um ambiente acolhedor e proporcionando a mulher vivenciar de maneira positiva o nascimento de seu filho.

Segundo Domingues (2004), o relacionamento da mulher com a equipe dos profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, tendo grande importância para sua satisfação.

5.2.4 Sensação no momento do parto, frente à equipe da assistência

As informantes relataram sentimentos diversos em relação à sensação no momento do parto como medo, nervosismo, dor desagradável, desespero. As seguintes falas comprovam essa categoria.

“Tive muito medo de nada dar certo”. **Entrevistada 1**

“Uma sensação de desespero, pedi para ser cesárea, mas o médico não deixou”. **Entrevistada 2**

“De vergonha, fiquei um pouco envergonhada”. **Entrevistada 13**

Conforme Caron (2002), as parturientes que não mantêm autocontrole sobre suas ações, provocam, nos profissionais, julgamentos e emissões de desaprovação. É preciso lembrar que não são conhecidos os efeitos que tem a repressão de comportamentos tidos como indesejáveis, como gritar, chorar, agitar-se, sobre a saúde mental das mulheres, visto que essas manifestações podem ser meios de alívio de tensão para elas, que, por certo, não encontram outra maneira de atenuar seus temores.

Parte relevante das puérperas relataram que sua sensação no momento parto foi de felicidade, tranquilidade e alívio por ver seus que seus filhos nasceram bem, atribuindo agradecimentos à equipe e felizes por terem conseguido.

“Muito boa! A equipe cuidou muito bem de mim, eu agradeço demais”. **Entrevistada 11**

“Tranquilidade, não tive medo nenhum eles me trataram com paciência”. **Entrevistada 8**

“Foi de muito alívio, de sensação boa porque tive minha filha bem”. **Entrevistada 10**

Sendo assim, toda assistência obstétrica envolve a compreensão dos sentimentos gerados em decorrência do momento experimentados por ambos, parturientes e profissionais. Logo, um cuidado humanizado perpassa a obrigação do cuidar da mulher no momento do trabalho de parto.

O cuidar é essencial durante todo o processo de parto. O reconhecimento das necessidades da parturiente é fundamental, assim como a valorização da humanização na assistência, que implica o respeito pelo direito da mulher de

participar das decisões quanto aos cuidados que necessita e reconhece como importantes para o seu bem-estar (CORRÊA, 2015).

5.2.5 Significado de comunicação com a equipe

As entrevistadas relataram que, a comunicação da equipe para com elas significou confiança e segurança durante o processo de trabalho de parto, com isso gerando a certeza que tudo estava ocorrendo bem e seus filhos nasceriam fora de perigo, perfazendo um sentimento de tranquilidade como mostram as falas seguintes:

“Me deu confiança para saber que meu filho ia nascer bem”.
Entrevistada 2

“Foi muito importante, me deixou calma, tranquila”. **Entrevistada 8**

“Vi o quanto eles se importavam como ser humano além de profissional, tinha cuidado comigo e minha filha”. **Entrevistada 10**

“Mais segurança na hora do parto, a pessoa tem mais confiança”.
Entrevistada 1

A existência de um bom relacionamento entre o profissional de saúde e a paciente favorece uma maior interação e ainda minimiza outros sentimentos temidos durante o trabalho de parto como dor, medo, vergonha e ansiedade.

Segundo Pieszak (2015), a interação e a comunicação da equipe com a mulher, auxiliam no seu processo de adaptação. Dessa forma, evidenciando a necessidade de que os profissionais de saúde, em especial a equipe de assistência, forneçam as informações necessárias, no pré-natal, parto e puerpério, para que a mulher esteja preparada para este momento.

5.2.6 A forma de comunicação entre a puérpera e a equipe durante o trabalho de parto

Percebeu-se nas falas das depoentes, que a comunicação com a equipe durante processo de parturição foi bastante satisfatória, as mesmas gostaram de como foi conduzida a forma de comunicar-se, onde ocorreu por meio de conversas, explicações do processo de parto e solicitação do chamado das parturientes nos momentos de dor e tensão. A seguir alguns depoimentos das participantes.

“Muita conversa, me explicavam tudo que se passava na hora de ter meu filho”. **Entrevistada 8**

“Tudo que eu perguntava eles me respondiam e sempre dizia o que estava acontecendo todo o tempo”. **Entrevistada 4**

“Quando eu estava com muitas dores, eu chamava logo todo mundo e eles vinham, os médicos até que estavam pacientes!”. **Entrevistada 14**

“O enfermeiro ficou comigo na hora da cirurgia e sempre me perguntava se eu estava bem”. **Entrevistada 10**

O processo do trabalho de parto oferece implicações na vida das parturientes, bem como preocupações tanto para a mãe quanto para aqueles envolvidos na situação, com isso o apoio empático então relatado confirma que é possível encontrar profissionais que atuam cuidado ao binômio mãe-bebê mobilizados para prática segura e humanizadas, que visam à comunicação efetiva com a mulher.

No ato de comunicar, é imprescindível criar uma certa confiança não apenas pelo que é dito, mas também pela compreensão mostrada na expressão facial, no tom de voz e nos gestos. É percebido que a comunicação não verbal tem um peso quatro vezes superior ao da comunicação verbal, sendo um importante indicador do que sentimos e pensamos. Não podemos nunca nos esquecer da comunicação não verbal, tal como o toque, o silêncio, o contato visual, uma expressão facial reconfortante, pois esses são elementos importantes para oferecer suporte emocional ao paciente (LOPES, 2010).

5.2.7 Dificuldades enfrentadas durante o trabalho de parto

Frente ao questionamento abordado, algumas parturientes informaram que não tiveram dificuldades nenhuma durante o trabalho de parto, que ocorreu tudo bem e tranquilo no processo de parturição, como ressalta algumas falas a seguir.

“Nenhuma. Foi tudo tranquilo!”. **Entrevistada 10**

“Nada, tudo ocorreu muito bem!”. **Entrevistada 7**

“Não, tudo deu tudo certo graças a Deus”. **Entrevistada 12**

Percebe-se que o apoio de toda a equipe, proporciona uma assistência com qualidade e estabelece uma relação de ajuda e confiança para a parturiente, deixando o momento mais favorável para todos, com isso consegue que a mulher perceba de como sua ajuda é fundamental nessa hora.

De acordo com Corrêa (20015), O cuidar é essencial durante todo o processo de parto. O reconhecimento das necessidades da parturiente é fundamental, assim como a valorização da humanização na assistência, que implicam o respeito pelo direito da mulher de participar das decisões quanto aos cuidados de que necessita e reconhecê-los como importantes para o seu bem-estar.

Já outras entrevistadas denotam algumas dificuldades enfrentadas no processo do trabalho de parto, relatando a falta de força para ter seu filho, o comumente medo da dor, medo da anestesia e a insegurança de não conseguir.

“Não tinha mais forças para ter meu bebê, ele parecia não querer sair”. **Entrevistada 3**

“Foi a demora, quando você está sentindo dor o tempo não passa”.
Entrevistada 14

“O medo da raque, porque me disseram que a agulha era grande”.
Entrevistada 9

Como afirma Boarreto (2003), o momento do parto é extremamente importante na vida de uma mulher, momento esse de grande intensidade emocional, marco no caminho da vida, onde afeta profundamente as mulheres, seus bebês, as famílias, com efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade. A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa muito importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e fundamentalmente para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das parturientes e dos seus filhos.

5.2.8 Dificuldades enfrentadas após o trabalho de parto

Em relação as dificuldades enfrentadas após o trabalho de parto, algumas parturientes afirmaram que não tiveram, porém outras averbaram que após o parto sentiram muitas cólicas, sangramento intenso, dificuldades na amamentação, falta de

vaga para serem remanejadas e insegurança por nunca ter vivenciado um processo cirúrgico antes, queixas mais relacionadas ao processo fisiológico do parto.

“Senti muitas cólicas, e era muito sangue!”. **Entrevistada 2**

“A falta de vaga, demorei para ir ficar com minha família, porque os quartos estava tudo lotado”. **Entrevistada 9**

“Só porque era tudo novo pra mim, eu nunca tinha feito cirurgia na vida”. **Entrevistada 10**

Pode-se concluir, a partir das respostas das entrevistadas, que uma conversa no pré-natal orientando a gestante quanto aos tipos de parto é fundamental para que as mesmas não cheguem à maternidade com tantos medos, anseios, no qual acabam dificultando o processo.

Para Silva (2015), acredita-se que as ações desempenhadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência são de extrema importância para orientação e informação às parturientes, sendo assim ações para a diminuição de suas ansiedades, medos e inseguranças propiciará uma maior relação interpessoal entre profissional de saúde e a paciente. Para que este vínculo se concretize é fundamental que as unidades de saúde exercitem e implementem o acolhimento de suas gestantes, trazendo-as para os grupos de educação em saúde, onde haverá a possibilidade do preparo no decorrer da gestação, assim como todas as dúvidas em relação ao parto poderão ser esclarecidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou analisar como ocorre a concepção das parturientes de uma maternidade do município de Mossoró/RN acerca da comunicação entre a parturiente com a equipe obstétrica, onde se constatou que uma relevante parte das entrevistadas relataram uma boa comunicação com a equipe que lhes prestaram assistência.

Sendo assim, foi possível analisar o perfil socioeconômico das entrevistadas, 48% com idades de 18 a 23 anos, 13% solteiras, 40% ensino fundamental incompleto, 54% renda de um salário mínimo, 61% do lar. Em relação aos dados obstétricos das mulheres, 74% tiveram de 1 a 2 gestação, 87% tiveram de 1 a 2 partos, 87% não sem abortos, 61% tiveram a primeira gestação com idade entre 14 e 19 anos, 40% tiveram partos cesarianas.

As principais dificuldades relatada pelas parturientes em relação ao trabalho de parto foram a dor, medo, dificuldade para amamentar, falta de vagas, a insegurança pelo desconhecido. Os sentimentos relatados pelas mulheres, podem interferir diretamente na saúde do binômio mãe-bebê, vindo a se tornar um obstáculo para o processo de trabalho de parto impedindo que esse se torne um momento sublime na vida delas.

Seria essencial uma estratégia por parte das unidades de saúde que implementem e exercitem um acolhimento para gestantes, encaminhando-as para grupos de educação em saúde, com a finalidade de preparo no decorrer da gestação, afim de esclarecer todas as dúvidas em relação ao trabalho de parto e puerpério tornando um momento mais seguro para todos.

Em relação a comunicação, todas as respostas foram positivas, demonstrando conhecimento e satisfação das parturiente sobre a temática abordada, a comunicação se mostra como um dispositivo de cuidado onde por meio de palavras, gestos, toques, atenção e expressões faciais promove segurança e proteção a parturiente e seu filho, favorecendo o resgate da dignidade, da confiança, e da participação da mulher neste momento.

É necessário compreender os sentimentos que envolvem o ser de cada mulher, e estabelecer ações educativas que minimizem esses sentimentos; como também

estabelecer um vínculo harmonioso entre profissional-cliente para que essas pacientes possam se sentir confiantes no momento do trabalho e parto.

Após atingir os objetivos propostos, evidenciou-se que a hipótese deste trabalho foi confirmada, nesta perspectiva, o presente estudo demonstrou como se estabeleceu a comunicação entre a equipe e a mulher durante o processo de parturição, mostrando que alguns membros da equipe assistencial vêm desenvolvendo a consciência de que, a comunicação com a parturiente reforça nela o sentimento de existir como pessoa e de ter confiança e segurança naqueles que a estão assistindo. A partir dessas constatações, espera-se que esse estudo contribua para pesquisas futuras que problematizem a relação interdisciplinar na assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, Juliane Dias et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enfer. USP**, v 50, n 3, p 512-521, Mai 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0512.pdf> Acesso em: 13 Abr. 2017.

BARBOSA, Guilherme Correa et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enfer.** Brasília, v 66, n 1, jan.-fev. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2007.

BEZERRA, Maria G. Andrade; CARDOSO M. M. Lucia Moreira Leitão. Fatores Culturais que Interferem nas Experiências das Mulheres Durante o Trabalho de Parto e parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, Ribeirão Preto, Mai-Jun., 2006.

BITTENCOURT, Fernanda; VIEIRA João Batista; ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo. Concepção De Gestantes Sobre o Parto Cesariano. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 3, Paraná, Jul./Set; 2013. Disponível em:< <file:///C:/Users/Airton/Downloads/33565-123255-1-PB.pdf>> Acesso em: 30 Abr. 2017.

BOARETTO, Maria Cristina. “**Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**”. Rio de Janeiro, setem. 2003. Disponível em:< <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4684/2/613.pdf>> Acesso em: 25 nov 2016.

BONI, Valdete; QUARESMA Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v 2, n 1, p 68-80, jan-jul 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 maio 2016.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de santa Catarina, **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro Jul./Ago,2013.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela; OSIS Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, Set. -Out, 2005.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; Silva Isilia Aparecida. **Parturiente e equipe obstétrica: A difícil arte da comunicação**. São Paulo,2002, 07 p. Disponível em:<

<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>> Acesso em 20 nov 16.

CARRARO, Telma Elisa et al. **Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto**: Na busca pela opinião das mulheres. Florianópolis, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>> Acesso em: 19 nov 2016.

CASTRO, Cláudia Medeiros. **Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>> Acesso em: 27 nov 2016.

CHAVES, Andréia Fernandes; LIMA, Clécia Kelly. **A importância do acompanhante no trabalho de parto para a parturiente**. Aracaju, 2015. Disponível em:< [file:///C:/Users/Airton/Downloads/mestrado%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Airton/Downloads/mestrado%20(2).pdf)> Acesso em: 28 out 2016.

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.

CORRÊA, Nilda Figueiredo et al. O papel do enfermeiro obstetra no processo de parturição. **Rev. Inova Saúde**, v. 4, n. 2, Criciúma, nov. 2015.

DEL CARRATORE, Luís Roberto Rossi. Pesquisa científica em comunicação: uma abordagem conceitual sobre os métodos qualitativo e quantitativo. **Comunicação & Inovação**, v. 10, n. 19, 2010.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>> Acesso em: 26 nov 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo Diniz. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em: 20 set 2016.

DODOU, Hilana Dayana; et al. **Contribuição do Acompanhante para a Humanização do Parto e Nascimento**: percepções de puérperas. Ceará, abr./jun., 2014.

DOMINGUES, Rosa M. S Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 20 suppl.1 Rio de Janeiro, 2004.

DORNFELD, Dinara; PEDRO, Eva Neri Rubim. A comunicação como fator de segurança e proteção do parto. **Rev. Eletr. Enf.**, v 13, n 2, 2011.

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

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

Haidar, Fátima Hussein; OLIVEIRA, Urânia Fernandes; NASCIMENTO Luiz Fernando Costa. **Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 17, n 4, p 1025-1029, jul-ago, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309>>. Acesso em 16 abril 2017.

IMONIANA, Joshua Onome; NOHARA, Jouliana Jordan. Cognição da estrutura de controle interno: uma pesquisa exploratória. **Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos**, v 2, n 1, p 37-46, jan./abr. 2005.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** Goiás, v 12, n 2, abr./jun. 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>>. Acesso em 04 out 2016.

LOPES, Carine dos Reis; GRAVETO João Manuel Garcia do Nascimento. Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v 14, n 2, 2010.

MAÇANEIRO, Marlete Beatriz. Diversidade metodológica em estudos organizacionais: análise dos trabalhos de conclusão do curso de Secretariado Executivo da Universidade Estadual do Centro-Oeste Unicentro. **Revista do Secretariado Executivo**, Passo Fundo, p. 112-129, n. 7, 2011.

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

MARTINELL, Katrini Guidolini et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Vitória (ES), 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>> Acesso em: 16 out 2016.

MARTINS, Cleusa Alves; PEREIRA, Sandra Valéria Martins. Qualidade da assistência obstétrica e perinatal em hospital amigo da criança: experiência de uma maternidade Anápolis/GO. **Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 451-463 Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

MATOS, Greice Carvalho. et.al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa, **Rev. Enferm UFPE**, Pernambuco, v.7, n. esp., p.870-8, mar. 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/Micro07/Downloads/3347-38368-1-PB.pdf>. Acesso em:01 out 2016.

MONTICELLI, Marisa et al. **Especialização Em Enfermagem Obstétrica: Percepções De Egressas Quanto ao Exercício Profissional e Satisfação na**

Especialidade. Florianópolis, 2008. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300009
 >Acesso em: 12 out 2016.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado**. João Pessoa PB, dez. 2009. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>> Acesso em: 10 set 2016.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva[online]**. v. 20, n. 10, p.3231-3242. São Paulo, 2015.

MOSSORÓ HOJE: **Maternidade Almeida Castro fez 1.929 partos nos seis meses de 2015**. Mossoró, 21 jul. 2015. Disponível em:<<http://www.mossorohoje.com.br/noticias/2318/21-07-2015/Maternidade-Almeida-Castro-fez-1.929-partos-nos-seis-meses-de-2015->>. Acesso em: 06 jun. 2016.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios**. Curitiba, Jul./Ago. 2011. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>> Acesso em: 24 nov 2016.

NEGREIROS, Patrícia de Lemos. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v 2, n 1, p 32-120, 2010.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em <
https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf> Acesso em: 15 set.2016.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. **Rev. Mineira de Enferm.** Rio de Janeiro, v 10, n 3, set. 2006.

PIESZAK, Greice Machado et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: Perspectivas para o cuidado. **Rev. Rene**, v. 16, n. 6, p. 881-9; Santiago RS, Brasil, nov-dez 2015.

PICCININ, Cesar Augusto et al. **Gestação e a Constituição da Maternidade**. Maringá, jan./mar.,2008. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. Novo Hamburgo, 2 ed. Rio Grande do Sul: [S.n.], 2013.

RIBEIRO, José Francisco et al. Assistência ao parto normal sob o olhar da parturiente. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.07, n. 01, p. 113-25, 2016.

SANTOS, Maria Cláudia; BERNARDE, Andrea. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v 31, n 2, p 359-66, jun.2010.

SIEBRA, Maíra Almeida et al. A dor do parto normal: significados atribuídos pelas puérperas usuárias do SUS. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 86-93, abr. mai. jun. 2015.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo et al. **Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação.** Goiânia, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>.> Acesso em: 20 nov 2016.

SILVA, Divania Oliveira et al. O desejo da mulher em relação à via de parto: Uma revisão de literatura, **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n.1, p. 103-114, nov. 2015.

SILVA, Maria Júlia Paes. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. São Paulo. **Bioética**, v. 10, n. 2, nov. 2002.

SODRÉ, Thelma Malagutti Sodré et al. **Necessidade de cuidado e desejo de participa o no parto de gestantes residentes em londrina-paraná.** Florianópolis, 2010; 09 p. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3>.> Acesso em: 19 nov 2016.

SPAGNUOLO, Regina Stella; PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunica o: um estudo de revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1603-1610. Botucatu SP,2007.

STAUFFE, Anakeila de Barros et al. **Educa o Profissional e Docência em saúde: A forma o e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; ARAÚJO, Carla Luzia França. **Qualidade da Assistência Obstétrica sob o Enfoque Multiprofissional.** Rio de Janeiro 2003.

VERSIANI, Clara de Cássia et al. Assistência ao parto no âmbito da enfermagem obstétrica: uma revisão integrativa. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v.3, n 1, p.77-85, 2014.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A questão do aborto no Brasil.** USP – Ribeirão Preto (SP) Brasil, Mar 2010.Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a01v32n3.pdf>.> Acesso em: 30 Abr. 2017.

XAVIER, Rozania Bicego et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.4, Rio de Janeiro Abr. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400029.> Acesso em: 18 abr. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Sra. está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: Parturiente e Equipe Obstétrica: a complexa arte da comunicação no município de Mossoró Está sendo desenvolvida por Raika Kerla da Silva, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável professora Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins.

A pesquisa apresentada tem o seguinte objetivo geral: Analisar como ocorre a comunicação entre os profissionais que assistem o parto e a mulher que vivencia o processo de parturição. E como objetivos específicos: Conhecer o perfil socioeconômico e obstétrico das participantes da pesquisa; Verificar no entendimento das parturientes entrevistadas, o que significa a comunicação com a equipe; Descrever como ocorre a comunicação das parturientes participantes da pesquisa com a equipe obstétrica durante o trabalho de parto; Identificar os desafios enfrentados na comunicação entre as parturientes e equipe obstétrica durante e após a parto

Justifica esta pesquisa pela relevância do referido tema ser significativo para os serviços de saúde que lida diretamente com a temática, contribuindo assim para novas estratégias para com as usuárias dos serviços.

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 submetido 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.

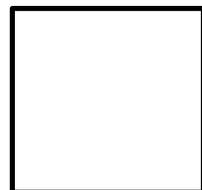
Eu, _____,
 concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei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

²**Pesquisadora 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 B Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I: DADOS SOBRE A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS MULHERES ENTREVISTADAS:

- a) Idade: _____
- b) Escolaridade: _____
- c) Estado Civil: _____
- d) Renda Familiar: _____
- e) Ocupação/Profissão: _____
- f) Religião: _____

PARTE II: DADOS OBSTÉTRICO DAS MULHERES ENTREVISTADAS:

- g) Número de gestações: _____
- h) Número partos: _____
- i) Número de abortos: _____
- j) Idade da primeira gestação _____
- k) Quais os tipos de parto? _____

PARTE III: EXPERIÊNCIA DA COMUNICAÇÃO DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO:

- a) Como foi sua experiência do trabalho de parto com a equipe que lhe atendeu?
- b) Quais foram as primeiras reações e impressões que você teve da equipe que lhe atendeu?
- c) Como ocorreu a comunicação entre você e a equipe no período do parto?
- d) Qual a sua sensação no momento do parto, frente a equipe que lhe assistiu?
- e) O que significa comunicação com a equipe para você?
- f) Qual a forma de comunicação entre você e a equipe durante o trabalho de parto?
- g) Quais as dificuldades que você enfrentou durante o trabalho de parto?
- h) Quais as dificuldades que você enfrentou após o trabalho de parto?

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 1º Reunião Extraordinária realizada em 23 de fevereiro 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado “**PARTURIENTE E EQUIPE OBSTÉTRICA: A COMPLEXA ARTE DA COMUNICAÇÃO**” Protocolo CEP: 08/2017 e CAAE: 64646517.4.0000.5179. Pesquisadora Responsável: PATRÍCIA HELENA DE MORAIS CRUZ MARTINS e das pesquisadoras associadas: RAIKA KERLA DA SILVA, ANA CRISTINA ARRAIS E LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS.

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 para junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 23 de fevereiro de 2017


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