

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN**

MAYANA RAFAELA SANTOS DA SILVA

PARTEJAR:
PERCEPÇÃO DE MULHERES NO PÓS-PARTO NO MUNICÍPIO DE BREJO
DO CRUZ-PB

MOSSORÓ
2012

MAYANA RAFAELA SANTOS DA SILVA

PARTEJAR:
PERCEPÇÃO DE MULHERES NO PÓS-PARTO NO MUNICÍPIO DE BREJO
DO CRUZ-PB

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

Orientador (a): Prof. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva

MOSSORÓ
2012

MAYANA RAFAELA SANTOS DA SILVA

PARTEJAR:

PERCEPÇÃO DE MULHERES NO PÓS-PARTO NO MUNICÍPIO DE BREJO
DO CRUZ-PB

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

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva (FACENE/RN)
ORIENTADORA

Prof. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
MEMBRO

A DEUS, o grande responsável por essa vitória, por ter me dado força e sabedoria suficiente para continuar quando eu pensei em desistir. A todos que desde o início torceram por mim, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS** primeiramente, o autor da vida, a Ele toda honra e toda glória, que me concedeu o dom da vida e me permitiu vivenciar esse momento tão maravilhoso.

Aos meus pais, **Maria do Carmo** e **Geraldo**, a base da vida, meus heróis, meu tudo, aos quais devo tudo que sou que sempre estiveram ao meu lado acreditando em mim, e fizeram o possível e o impossível para realizar meu sonho.

Aos meus irmãos **Breno** e **Renata** que tanto amo, e principalmente a meu irmão **Bruno** que por muitas vezes se portou como um pai, quando apareceram as dificuldades não hesitou em me ajudar, a quem devo muito dessa conquista.

Ao meu amor, **Herton**, por todo amor dedicado, que esteve sempre ao meu lado me apoiando, aprendendo a superar a distância e a dor da saudade, fazendo de cada momento um novo reencontro.

Aos meus companheiros de sala, com os quais passei esses quatro anos, e principalmente as “Cajazeiras”, **Franciêlda**, **Laercia** e **Vanessa**, com as quais passei momentos inesquecíveis que levarei pra sempre comigo, que não foram apenas colegas de Graduação, e sim a família que Deus me permitiu escolher.

A minha orientadora **Prof. Raquel Mirtes**, em ter aceito esse desafio, pela disponibilidade em trabalhar juntamente comigo, quando a temática fugia totalmente de sua especialidade.

A **Prof. Karla Simões** e **Prof. Ana Cristina**, membros da minha banca, por contribuírem positivamente para minha pesquisa.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

RESUMO

O parto é tido como um evento fisiológico na vida de uma mulher que requer bastante cuidado e atenção. A humanização no parto surge como uma mudança nas atitudes prestadas a essas mulheres. Porém enfrentou-se e ainda se enfrenta muitos obstáculos em relação à humanização em saúde, pois infelizmente ainda se tem muita resistência de alguns profissionais em prestar essa assistência. Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo analisar a assistência de enfermagem prestada a mulheres durante o período de parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com uma abordagem quantiquantitativa, realizada no Hospital Municipal Dr. Odilon Maia Filho no município de Brejo do Cruz-PB. A população da pesquisa foi composta de 4 puérperas que voluntariamente aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com relação aos dados sociodemográficos obteve-se os seguintes resultados: 50% (2 mulheres) apresentaram idade entre 18-19 anos e 50% (2 mulheres) idade entre 23 – 28 anos. 100% (4 mulheres) se descrevem solteiras; 75% (3 mulheres) apresentavam ensino fundamental incompleto (de 2° série até 7° série) e somente 25% (1 mulher) apresentou ensino médio incompleto (1° ano); 75% (3 mulheres) delas eram agricultoras e somente 25% (1 mulher) se dizia dona de casa, não exercendo qualquer outro tipo de profissão; 50% (2 mulheres) eram primíparas, ou seja, tiveram o primeiro filho, assim também como 50% (2 mulheres) estavam no segundo filho. Em relação aos dados sobre a assistência prestada durante o processo de parto algumas delas mostraram desconhecimento sobre o termo parto humanizado, ou conheciam pouco e não tinha certeza, ao mesmo tempo em que afirmavam que a assistência prestada foi humanizada, não havendo pontos negativos, mostravam satisfação em ver a filha nascer bem, a maioria falou que a assistência não precisa melhorar, que está ótima. Considera-se que os resultados desse estudo sirvam de reflexão para os profissionais de saúde a cerca do cuidado prestado, mantendo elevados os ideais de um atendimento humanizado.

Palavras-Chave: Parto humanizado. Cuidados de Enfermagem. Parto. Enfermagem.

ABSTRACT

Childbirth is considered a physiological event in a woman's life and it requires great care and attention. The humanization of labor appears as a change in the attitudes provided to these women. However, many obstacles in relation to the humanization of health were and still are faced, because there is still a great resistance from some professionals in providing that assistance. In light of the foregoing, this study aimed at analyzing the nursing care provided to women during childbirth. This is a descriptive and exploratory research with quantitative and qualitative approach carried out at the Dr. Odilon Maia Filho Municipal Hospital in Brejo do Cruz-PB. The research population was composed of four recent mothers who voluntarily agreed to participate by signing the Informed Consent Form. With regard to sociodemographic data, the following results were obtained: 50% (2 women) were aged between 18-19 and 50% (2 women) aged between 23 - 28 years old. 100% (4 women) describe themselves as unmarried. 75% (3 women) had incomplete primary education (from 2nd grade until 7th grade) and only 25% (1 woman) presented Incomplete high school (1st year). 75% (3 women) of them were farmers, and only 25% (1 woman) was a housewife and did not have any other profession. 50% (2 women) were primiparous, that is, they had their first child, as well as 50% (2 women) were in their second son. Regarding the data on assistance provided during the birth process, some of them showed lack of knowledge about the term humanized childbirth or knew little and were not sure while stating that the assistance provided was humanized, there were no negative points, so they showed satisfaction in seeing their daughter be born well. Most said that the assistance does not need to improve, that is great. It is considered that the results of this study serve as a reflection for health professionals about the care provided, maintaining ideals of humanized care high.

Keywords: Humanized childbirth. Nursing Care. Childbirth. Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relacionadas à idade.....	36
Gráfico 2 - Relacionadas ao estado civil.....	37
Gráfico 3 - Relacionadas à escolaridade	38
Gráfico 4 - Relacionadas à profissão	39
Gráfico 5 - Relacionadas à paridade.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: O que você entende por parto humanizado?.....	40
Quadro 2 – Idéia Central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: O que você entende por parto humanizado?.....	41
Quadro 3 - Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Você acha que a assistência de enfermagem prestada durante o período de pré-parto e parto foi humanizada? Por quê?	41
Quadro 4 – Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Com relação às práticas desenvolvidas no setor obstétrico descreva os principais pontos negativos durante a assistência prestada.	42
Quadro 5 - Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Com relação às práticas desenvolvidas no setor obstétrico descreva os principais pontos positivos durante a assistência prestada.	43
Quadro 6 - Ideia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Com relação às práticas desenvolvidas no setor obstétrico descreva os principais pontos positivos durante a assistência prestada.	44
Quadro 7 - Idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Na sua opinião, o que falta para melhorar a assistência de enfermagem prestada?.....	44
Quadro 8 - Idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Na sua opinião, o que falta para melhorar a assistência de enfermagem prestada?.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
1.3 OBJETIVOS.....	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER COMO REFERÊNCIA PARA OS SERVIÇOS DO SUS.....	15
2.2 CONHECENDO A MULHER NO PERÍODO DE PRÉ-PARTO E PARTO	18
2.3 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO	22
2.3.1 Modelo Tecnológico	22
2.3.2 Modelo Humanizado	23
2.3.3 Modelo Natural	23
2.4 PARTO HUMANIZADO	24
2.4.1 Acolhimento durante a admissão da parturiente	26
2.5 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO DE PARTO	29
3 METODOLOGIA	32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2 LOCAL DE ESTUDO	32
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	33
3.5 COLETA DE DADOS	34
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES	36
4.2 DADOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	

PRESTADA DURANTE TODO PROCESSO PARTURITIVO.....	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	52
ANEXO	56

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O cuidado é parte integrante da vida, de modo que nenhuma espécie viva pode subsistir sem cuidado. “Assim em nossa humanidade compartilhamos o cuidado nas relações que estabelecemos com o meio e com tudo que consideramos importante para a nossa existência” (SILVEIRA; LEITÃO, 2003, p 280).

A gravidez revela-se como um fato social que engloba vários atores, transformando-se em umas das experiências humanas mais perfeitas para a mulher, é uma ocasião única, onde é chegado o momento tão esperado para a mulher e seus familiares (COSTA, 2011).

Analisando a gravidez como algo fisiológico e momento único na vida da mulher, é direito dessas receber uma assistência adequada desde a ocasião que entra na maternidade até o momento do parir que venha a lhe favorecer segurança, proteção e acolhimento, suscitando na mesma tranqüilidade e confiança.

O mais novo termo usado na assistência de enfermagem ao parto é o partejar. O termo é empregado, também, para designar quem serve de parteira (SILVEIRA; LEITÃO, 2003).

Silveira e Leitão (2003, p 280.), afirmam que “a preocupação humanística com as mulheres no ato de partejar tem crescido significativamente”, e é de grande importância, pois trata do partejar e da condição da mulher como ser humano, considerando as suas dimensões, nessa hora tão delicada de sua vida. Reflete sobre o cuidado que faz com que a existência humana tenha sentido, que faz a vida humana significar.

À medida que o uso do termo humanizar se expande e é utilizado pelos diferentes atores sociais, cada um deles faz sua interpretação e recriação do termo, aplicado para outras formas de assistência. A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos (DINIZ, 2005).

Neste sentido, a humanização da assistência no parto surge como uma mudança na experiência do parto, passando a ser vista como uma experiência humana, concretizando-se numa mudança no que fazer diante o sofrimento do outro.

Com o tempo, parir e nascer passou a ser visto não mais como um ato fisiológico, e sim como patológico, onde se privilegia a técnica, esquecendo-se do apoio e do carinho à mulher que vivencia essa experiência (CASTRO; CLAPIS, 2005).

É importante ressaltar que além dos aspectos técnicos propriamente ditos, o preparo para o parto envolve, também, uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, idealmente uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros, entre outros (BRASIL, 2001).

Para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respeito ao direito da mulher, a privacidade, a segurança e conforto, com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformam o nascimento num momento único e especial (BRASIL, 2003).

Humanizar o parto só é possível quando se passa a entender o evento do parto como um evento fisiológico, natural do ser humano. Para uma boa humanização em saúde, é preciso saber separar o saber técnico do saber humano.

Diante as experiências vivenciadas em campos de prática de estágio na disciplina de enfermagem obstétrica notou-se que o atendimento prestado as parturientes eram bem diferentes do que se ver na teoria e nos levou a questionar acerca da humanização prestada às mulheres, assim como, o processo do cuidar/assistir desenvolvido pela equipe de enfermagem.

Sabemos que atualmente o parto deixou de ser visto como um evento natural da mulher, e é visto de maneira mecanicista, deixando de lado o cuidado humano, o olhar humanizado diante do sofrimento do outro.

Diante do que foi exposto acima nos cabe questionar: Será que a assistência de enfermagem prestada às mulheres em trabalho de parto está dentro do paradigma humanístico?

1.2 JUSTIFICATIVA

A pesquisa por essa temática justifica-se por ser de fundamental importância para a área da enfermagem, pois a partir dela poderá se ampliar informações que nos leve a refletir acerca da assistência prestada a essas mulheres, tornando possível modificar essa realidade, intervir, visando buscar um atendimento melhor para as parturientes, fazendo com que os profissionais tenham uma visão diferenciada sobre o estado em que elas se encontram, podendo resgatar a sensibilidade para com o outro, preparando a mulher para poder da melhor forma possível vivenciar o momento do parto, tornando possível relatar esse momento como uma experiência positiva.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a assistência de enfermagem prestada a mulheres durante o período de parto.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico das mulheres no período de parto do município de Brejo do Cruz – PB;
- Identificar o conhecimento das parturientes acerca do parto humanizado;
- Verificar se a assistência de enfermagem prestada as mulheres no período de parto é humanizada;
- Identificar estratégias de melhora na assistência de enfermagem durante o parto na visão das parturientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER COMO REFERÊNCIA PARA OS SERVIÇOS DO SUS

A assistência à mulher no período gravídico puerperal no Brasil durante muito tempo esteve focada no modelo biomédico, que fragmenta o ser humano, o que tem contribuído para a permanência e ou aumento do número de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes de forma desnecessária e sem a participação da mulher e ou família.

Moura et al (2007, p 455.), destaca que,

A consequência dessa assistência tecnocrática tem refletido negativamente nos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, que ainda permeiam as nossas maternidades. São mulheres jovens em plena fase reprodutiva e produtiva, que deixam seus filhos órfãos e desprotegidos.

Entretanto, nas últimas décadas, tem emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento (MOURA et al, 2007).

No ano de 1983 foi lançado pelo governo brasileiro o Programa Integral de Assistência a Saúde da Mulher (PAISM), tendo como principal proposta romper com a visão tradicional acerca da mulher, principalmente no âmbito da medicina, e em outros programas direcionados as mulheres (ALMEIDA, 1995).

Esse programa trouxe grandes inovações para as mulheres, pois estava centrado na integralidade, onde as mulheres passavam a ser contempladas em todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida, em todos os papéis na sociedade, em todos os problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

“Esse programa inclui a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência a mulher como um todo” (BARROS, 2009 p. 180).

O PAISM incorporou também os princípios norteadores da Reforma Sanitária, tanto a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização e equidade na atenção como a participação social. Propôs também melhorar o relacionamento entre profissionais de saúde e as mulheres, buscando autonomia e o melhor controle para a saúde, o corpo e a vida. Garantiu a assistência em todas as fases da vida, clínico ginecológica no campo de reprodução, e nos casos de doenças crônicas ou agudas (BRASIL, 2011).

Na década de 90 o Ministério da Saúde decidiu romper com a idéia de política única, passando a fracionar a saúde da mulher em distintos programas. Dentre esses vários programas que surgiram, podemos destacar o Planejamento Familiar que foi aprovado pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito no Congresso Nacional (CPMI) no ano de 1996, permitindo as pessoas decidirem ou não ter filhos (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher requer de todos os atores do setor Saúde, gestores, trabalhadores e conselheiros, o compromisso com a implementação de ações e serviços de saúde que garantam os direitos humanos das mulheres e reduzam as mortes por causas que podem ser prevenidas e evitadas (BRASIL, 2010, p. 21).

Além da Política Nacional de Assistência Hospitalar (PNHAH), surgiram outros programas como a Instauração do Procedimento de Carta ao Usuário – 1999; Programa Nacional de Avaliação aos Serviços Hospitalares – (PNASH) - 1999; Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde – 1999; Entre os anos de 1999 a 2002 foram criados pelo Ministério da Saúde algumas outras propostas de programas, Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar – 2000; Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru – 2000; Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento – 2000; Programa de Acreditação Hospitalar – 2001 (BENEVIDES; PASSOS 2005).

De acordo com Brasil (2003), em 2002, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

(PNHAH), que tinha como objetivo modificar o predomínio dos aspectos científicos-tecnológicos sobre os aspectos humanísticos-interacionais da área da saúde, além de fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes.

No ano de 2003, a PNHAH, foi substituída pela Política Nacional de Humanização (PNH), onde o termo política objetiva destacar que a humanização deve ser transversal a diferentes ações e instâncias geradoras. Na PNH, humanizar significa dar acesso ao acolhimento, atenção integral, responsabilização e vínculo e controle social participativo (BRASIL, 2003).

A Humanização vista como política que atravessa diferentes ações implica em:

- Traduzir os princípios do SUS;
- Construir tarefas solidárias tanto na produção de saúde como na produção de sujeitos;
- Articular as práticas em saúde destacando os aspectos subjetivos nelas presentes;
- Através de ações humanizadas contagiar toda rede do SUS (Gestores, trabalhadores e usuários) (BRASIL, 2004).

Entende-se por humanização a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção em saúde: trabalhadores, gestores e usuários. Os sujeitos envolvidos nessa política são os responsáveis pelos valores que a norteiam, estabelecendo vínculos solidários e participando coletivamente no processo de gestão (BRASIL, 2004).

A Política de Humanização parte de conceitos que visam à organização do trabalho em saúde, com proposta de transformação das relações sociais que envolvem trabalhadores e gestores nas suas experiências relativas à organização e condução de serviços, modificando a forma de produzir e prestar serviço a população (SANTOS FILHO, 2007).

Com a implementação da Política Nacional de Saúde (PNH), espera-se alcançar os resultados com as seguintes direções:

- Reduzir filas e tempo de espera, com acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;
- Os usuários saberão quem são os profissionais que os atenderão;

- As unidades de saúde garantirão aos usuários todos os direitos assegurados em lei, melhorando sua participação, se sua rede sócio-familiar, intervindo e acompanhando os cuidados em geral;
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidados aos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006).

A humanização permite ao ser humano exercer sua criatividade, significa poder conciliar o trabalho com a vida pessoal e coletiva, significa ainda poder visualizar e valorizar o que é importante na prática e fundamental aos olhos de quem convive e estabelece as relações de trabalho, é como ter sua condição de trabalhador reconhecida (BACKES; LUNARDI-FILHO; LUNARDI, 2006).

É nesse contexto que está baseado a assistência de enfermagem à mulher durante o período de parto. No tocante ao profissional de enfermagem em favor do parto humanizado Diniz (2001), explica que o enfermeiro entrará neste contexto respeitando toda a fisiologia da mulher, sem que sejam empregadas a esta intervenções desnecessárias no trabalho de parto. É necessário ainda que se reconheçam todos os aspectos ligados ao parto e nascimento, sejam culturais e ou sociais e que forneçam o suporte emocional eficaz tanto à mulher como a sua família, garantindo os direitos de cidadã da mulher.

2.2 CONHECENDO A MULHER NO PERÍODO DE PRÉ-PARTO E PARTO

Conhecer as modificações do organismo da mulher durante a gravidez e durante o período de pré-parto e parto é de suma importância uma vez que permite que os profissionais envolvidos no processo de assistência compreendam as angústias vivenciadas por elas.

Para Silva (2007), o período de pré-parto é o período que antecede o verdadeiro trabalho de parto, ocorre de 10 a 15 dias antes do parto. Período em que a gestante tem a sensação que o trabalho de parto verdadeiro vai se instalar.

Para Montenegro e Rezende Filho (2008), o período Premunitório (Pré-parto), se caracteriza pela descida do fundo uterino. A cúpula do útero gravídico, situada próximo ao apêndice xifóide, baixa de 2 a 4 cm, melhorando a amplitude da ventilação pulmonar, que estava dificultada pela compressão do

diafragma. Essa descida traz a incidência de dores lombares, o estiramento das articulações da cintura pélvica e transtornos circulatórios.

Após 30 semanas, a atividade uterina aumenta vagarosamente e progressivamente. Nas últimas quatro semanas (pré-parto) há um acréscimo acentuado, observando-se, pelo geral, contrações mais intensas e freqüentes, que melhoram a sua coordenação e se difundem a áreas cada vez mais da matriz (até 3 contrações/hora). As pequenas contrações, embora diminuídas em número, permanecem nos traçados obtidos nessa época (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

“No Pré-parto acentua-se o amolecimento do colo, combinado ao apagamento, que anuncia a incorporação da cérvix ao segmento inferior, e caracteriza-se a madurez, a ser apreciada, clinicamente, com o amadurecimento dos exames vaginais” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008, p. 165).

Silva (2007), diz que outras características desse período é a descida do fundo do útero, sensação de peso e dor no baixo ventre, poliúria, dor lombar, aumento do muco cervical, e perda do tampão mucoso.

Brasil (2001, p. 39), destaca que:

Pode-se diferenciar o pré-parto do parto pela presença de contrações uterinas a intervalos regulares, que vão progressivamente aumentando com o passar do tempo, em termos de freqüência e intensidade, e que não diminuem com o repouso da gestante.

O padrão contrátil inicial é, geralmente, de uma contração a cada 3-5 minutos e que dura entre 20 e 60 segundos (É necessário distinguir durante a avaliação inicial de uma gestante com contrações uterinas o trabalho de parto verdadeiro e o falso). Na maioria das vezes essa avaliação é realizada no setor de admissão (FIGUEIREDO, 2005).

Segundo Benzecry (2001), o parto é um fenômeno biológico dinâmico, requer atenção contínua, pois pode modificar sua trajetória radicalmente a qualquer momento.

É o processo pelo qual o feto é expelido pelo útero. Ocorre através de contrações regulares, no momento em que o fim da gravidez chega ente 37 a 42 semanas. Esse período é uma etapa de extrema importância para a mãe, o RN e a família (FIGUEIREDO, 2005).

Clinicamente, o parto apresenta-se em três fases principais, que são: a dilatação, expulsão e secundamento. Há tendências a considerar um quarto período, que compreenderia a hora imediata à saída da placenta, período de Greenberg. O conjunto desses episódios constitui os fenômenos passivos do parto, que se completam com a análise dos movimentos executados pelo feto, na sua penetração rotativa através do canal parturitivo, impulsionado pelas contrações uterinas (mecanismo do parto) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Barros (2009), afirma que o primeiro estágio do parto, a dilatação, se inicia com as contrações regulares e a dilatação completa do colo uterino (10 cm). As contrações levam a grandes mudanças no colo uterino: apagamento completo do canal cervical e sua incorporação ao segmento inferior do corpo uterino e dilatação total passando de milímetros a 10 cm, é o período mais variável em primigestas e multigestas. Pode-se dividir esse período em duas fases: latente e ativa, com contrações lentas no período latente acelerando na fase ativa.

Figueiredo (2005), ressalta que, a fase Latente é o trabalho de parto iniciado de forma lenta, pode ser de duração variável com contrações regulares leves e moderadas, com 10 a 15 minutos de intervalo e 15 a 20 segundos de duração. Nas múltiparas essa fase pode durar 5 horas, já nas primíparas dura cerca de 10 horas.

Na fase ativa as contrações passam a mais longas e mais fortes, num intervalo de 30 a 45 segundos, aumentando a dilatação para 8 cm. Nessa fase a mulher pode ficar ansiosa, e duvidar de sua capacidade de ajudar no nascimento do seu bebê (FIGUEIREDO, 2005).

A dilatação do colo uterino pode ser produzida por dois fatores distintos:

- Pela tração exercida sobre o colo e o segmento inferior;
- Pela pressão exercida pela presença fetal sobre a cérvix (BENZECRY, 2001).

O segundo estágio do parto, a expulsão, começa quando a dilatação está completa se encerrando com a saída total do feto.

Montenegro e Rezende Filho (2008), afirmam que:

No curso do segundo período, a sucessão das contrações uterinas, cada vez mais intensas e freqüentes, com intervalos progressivamente menores até adquirirem o aspecto subintrante de 5 contrações em cada 10 minutos.

Essa fase costuma ser mais curta. Nesse momento a parturiente sente a necessidade de fazer força comparada a força para evacuar, utilizando a musculatura abdominal para ajudar nas contrações uterinas involuntárias. A medida que o feto vai saindo, a mulher necessita fazer força para baixo, o que é chamado puxo (FIGUEIREDO, 2005).

Esse período é dividido em três tempos:

- Insinuação (ou encaixamento) ocorre quando a cabeça se encaixa, nas multíparas ocorre durante o trabalho de parto, em geral a cabeça fetal encontra-se ligeiramente flexionada.
- A descida ocorre quando a cabeça através do canal vaginal sofre movimento de rotação no sentido anterior, assumindo a posição occipito-anterior exagerando mais a sua flexão;
- Desprendimento se realiza pela deflexão da cabeça fetal, a nuca, liberando o polo fetal para fora do canal vaginal e da vulva. Quando se encontra no exterior a cabeça executa movimento de rotação voltando para o lado em que se encontrava na bacia, desprendendo o ombro anterior a arcada pubiana por movimento de flexão lateral, o restante do corpo se desprende sem resistência (BENZECRY, 2001).

O Terceiro estágio do parto, o secundamento, também chamado de dequitação é iniciado após a expulsão do feto e termina com a saída da placenta e membranas, deve ser espontâneo. Tem duração de alguns minutos, podendo chegar a 30 minutos. As contrações para expulsar a placenta ocorrem em menor quantidade e intensidade. Determina o início do puerpério imediato onde ocorrerão contrações que irão reduzir o volume uterino mantendo-o contraído e promovendo a hemostasia (BRASIL, 2002)

O período de Greenberg é definido como a primeira hora após a saída da placenta, período suscetível a hemorragias na ocorrência de hipotonia ou atonia uterina. Essas complicações solicitam habilidade e conhecimento

profissional que assiste o parto, no intuito de detectá-las precocemente (BARROS, 2009).

Brasil (2002) define o período de Greenberg, como a última fase clínica do parto, fase em que ocorre a descida da placenta, também chamada de loquiação, e se avalia a involução uterina ocorrendo aos poucos a recuperação da genitália materna.

Após a expulsão da placenta o útero passa por quatro etapas:

- Miotamponagem que é a contração uterina, onde o útero deve ser palpado entre o púbis e a cicatriz umbilical;
- Trombotamponagem, que é a formação de trombos nos vasos trombo placentário, com intenção de poder recobrir a ferida aberta no sítio placentário;
- Indiferença miouterina, o útero vai se tornar apático, podendo de encher de sangue devido as contrações uterinas e o relaxamento;
- Contração uterina fixa, o útero passa a adquirir tônus e vai se tornar mais firme (FIGUEIREDO, 2005).

2.3 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO

Existem diversas formas de organização de assistência ao parto. Esses modelos podem ser caracterizados em dois ou três tipos, determinado pelo papel ocupado pela parturiente e pelas intervenções médicas realizadas durante a assistência prestada (BRASIL, 2008).

O nascimento de uma criança pode ocorrer de várias maneiras, o ideal é que a mãe busque informações com seu médico, e faça escolha de como pode ser o seu parto, nas condições adequadas para ela e o bebê (PRÓ-MATRIX, 2010).

2.3.1 Modelo Tecnológico

Nesse modelo o parto se dá em ambiente hospitalar, sendo o profissional médico responsável por toda assistência durante o parto e em todos os tipos de partos, sejam eles de alto risco ou de baixo risco (BRASIL, 2008).

Segundo Moura et al (2007), esse modelo é tido como intervencionista, está de acordo com a visão cartesiana, visa o risco e é mais praticado pelos médicos.

As consequências dessas ações tecnocráticas têm refletido negativamente nos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal ainda existentes em nossas maternidades (MOURA et al, 2007).

2.3.2 Modelo Humanizado

O parto humanizado é aquele em que a maioria ocorre em ambiente hospitalar, com a participação de profissionais não médicos na assistência ao parto de baixo risco, estimulando a participação da mulher e da família, restringindo mais ainda o uso de intervenções médicas e de partos cesáreos (BRASIL, 2008).

Segundo Dutra (2005), o parto humanizado é um processo pelo qual se permite a permanência do pai ou do familiar na sala de parto. O médico tem papel de observador, interferindo o mínimo possível, porém as intervenções estarão disponíveis caso seja necessário. O ambiente é acolhedor, a parturiente participa de forma ativa no processo, e a família tem um contato maior com o recém-nascido.

2.3.3 Modelo Natural

Defendido pelos movimentos que lutavam pelo parto ativo (a mulher é quem faz o bebê nascer) em 1980, o parto natural foi uma forma de resgatar o sentido do nascimento como processo natural (PRÓ-MATRIX, 2010).

Para Dutra (2005), o modelo natural é definido como aqueles em que as mulheres passam por alterações fisiológicas. Quando não há nenhuma restrição o parto natural deve ser o de escolha feito pelo médico e pela paciente. A experiência é gratificante para a parturiente enquanto mulher, e sua reabilitação é rápida, proporcionando-lhe uma melhor interação com o recém-nascido.

Nesse modelo a mulher é considerada o foco das atenções. O parto é visto nesse modelo como evento fisiológico seguindo um curso natural. As

intervenções necessárias a serem realizadas são mínimas, porém a equipe deve estar atenta para qualquer complicação. Nesse modelo o parto pode ocorrer em qualquer domicílio ou centro de partos, por profissionais não médicos, parteiras, usando minimamente qualquer intervenção (BRASIL, 2008).

2.4 PARTO HUMANIZADO

O parto humanizado não é apenas mais uma técnica para ajudar a mulher na hora de parir, mas uma modalidade na qual a gestante tem o direito de escolher como quer ter seu bebê é uma nova forma de mostrar o nascimento, fazendo com que ele deixe de ser apenas um procedimento médico permitindo que a parturiente seja protagonista do seu próprio parto (PRÓ-MATRIX, 2010).

Com o surgimento dessa técnica houve o reconhecimento dos direitos fundamentais da mulher e de seu filho na hora do parto: direito a escolha do local do nascimento, formas de assistência ao parto, preservando a integridade corporal da parturiente, o respeito ao parto como experiência pessoal e familiar, apoio emocional, e proteção contra abuso e negligência (BARROS, 2009).

Após a paciente ser admitida na sala de parto, inicia-se a realização de vários procedimentos que a necessidade de realizá-los depende de cada caso. No parto humanizado tais procedimentos são desnecessários como:

- **Tricotomia:** Existem grandes controvérsias diante desse procedimento, ele deve ser bem discutido antes de realizado. Como os pelos pubianos agem como barreiras pra infecção vaginal e urinária nunca devem ser raspados, só aparados. Algumas desvantagens da tricotomia: Possíveis esfoliações e arranhões, acesso difícil da região perineal e o crescimento dos pelos posteriormente, causando prurido e irritação (FIGUEIREDO, 2005).
- **Lavagem intestinal ou enema:** Segundo Figueiredo (2005), esse é um procedimento desnecessário, e deve ser respeitado o desejo da mulher de ser realizado ou não.

Diz-se, que faz acelerar o trabalho de parto, e que também as fezes podem contaminar o bebê. Desnecessário por que é incomodo para a maioria das mulheres e estudos comprovam que seu uso não traz as vantagens alegadas (GUTIERREZ; TONETO, 2009 p. 39).

- Jejum durante o trabalho de parto e parto: Existe controvérsia a respeito da dieta oferecida à mulher durante o trabalho de parto e parto, variando de instituição para instituição, na fase latente do parto alimentos leves e água podem ser oferecidos, porém na fase ativa devem ser suspensos para evitar risco de aspiração (FIGUEIREDO, 2005).
- Restrição de movimentação: Afirmam não haver espaço suficiente nos setores obstétricos para caminhar, e que é mais seguro a mulher ficar parada. Estudos provam que a mulher deve ter liberdade de posição e movimento durante todo o trabalho de parto e parto (GUTIERREZ; TONETO, 2009).

Ressalta que durante o trabalho de parto e parto é permitida a escolha da melhor posição pela parturiente de maneira que ela se sinta mais a vontade, afastando as dores e a possibilidade de corte na vagina. As caminhadas são estimuladas com a ajuda do acompanhante permitindo ela desfrutar da melhor forma possível desse momento.

- Uso de ocitocina: Seu uso corre porque provoca mais contrações uterinas, acelerando o parto e a saída do leite materno, porém as dores do parto com uso da ocitocina chegam a ficar insuportáveis e podem provocar sofrimento fetal (GUTIERREZ; TONETO, 2009).
- Parto em posição ginecológica: Usada porque facilita o trabalho do médico, porém faz com que o parto se torne lento, diminui a oxigenação do bebê e é desconfortável para a mulher (GUTIERREZ; TONETO, 2009).

Segundo Figueiredo (2005), não há motivos para se restringir a mulher na cama, a melhor posição para o parto é aquela em que a parturiente se sinta confortável e segura pra ajudar nas contrações. Pode-se orientá-la a ficar de cócoras, posição na qual se fica mais próximo da natureza, conhecida como

posição fisiológica ou de joelhos em cima da cama. Uma posição é considerada fisiológica quando não há compressão de grandes vasos e quando a pelve tem maior possibilidade de movimentação.

Sobre o uso da episiotomia para Gutierrez; Toneto (2009): fala-se que é uma intervenção necessária, porém aumenta as chances de sangramento e infecções, podendo causar incontinência urinária.

Segundo a concepção do parto humanizado, a mulher deve ser incentivada a iniciar a amamentação durante as primeiras horas após o parto, o que vai facilitar a saída da placenta e a involução uterina diminuindo o sangramento pós-parto. Esse contato precoce também vai favorecer o fortalecimento do vínculo mãe-filho (BRASIL, 2002).

O parto humanizado busca resgatar essa naturalidade, normalidade que a algum tempo se tem perdido com o uso dessas intervenções que fez com que o parto normal (tradicional) tenha se tornado diferente do parto humanizado, assim permitindo que muitas mulheres tenham tanto medo do parto normal (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010).

2.4.1 Acolhimento durante a admissão da parturiente

O atendimento da parturiente na sala de admissão deve ter como prioridade uma recepção acolhedora à mulher e sua família, informando-os sobre os cuidados necessários para esse momento, como admiti-la na sala de pré-parto, colher os exames laboratoriais solicitados caso não tenham sido realizados no pré-natal, promover um ambiente tranquilo e que ofereça privacidade, monitorar a evolução do trabalho de parto, fornecendo explicações e orientações (BRASIL, 2002).

O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo (BRASIL, 2001 p. 26).

Outras formas de acolher a parturiente no pré-parto envolve chamá-la pelo nome, explicar os procedimentos realizados e deixá-la, assim como a sua

família, o mais orientados possível sentindo-se seguros da assistência prestada (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010).

No momento da admissão, uma anamnese profunda é necessária, deve-se colher informações necessárias ao momento como: idade da paciente, paridade, intervalos entre os partos, cálculo da idade gestacional pela data da última menstruação (DUM) e pela ultrassonografia (USG), tipagem sanguínea, antecedentes clínicos de diabetes, hipertensão, cardiopatia, doenças sexualmente transmissíveis (DST), alergias, duração e início das contrações, presença de sangramento e horário da última refeição (FIGUEIREDO, 2005).

Uma forma de favorecer um ambiente mais tranqüilo à parturiente é a diminuição do número de pessoas estranhas no pré-parto, colocando ao seu lado uma pessoa conhecida, que seja do desejo dela, com quem ela se sinta segura (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002, p. 138).

Para Figueiredo (2005), o direito a um acompanhante durante o pré-parto e o parto é um direito que já é reconhecido e benéfico para a parturiente. Representa o suporte físico e emocional, melhorando o contato físico, facilitando o medo e ansiedade, além de estimular e incentivar nos momentos mais difíceis, porém essa técnica ainda não foi adotada em todo o país.

Foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005, p. 1317).

Para Moura et al (2007), a lei 11.108 sancionada em Abril de 2005, resultou de vários agentes especialmente da rede de Humanização do Nascimento, porém a lei em si não é suficiente para aplicabilidade, precisa-se se reorganizar os serviços de saúde e os profissionais de saúde para dar vida à lei.

Em alguns casos se assim a mulher preferir, o acompanhamento do seu parto pode ser feito por uma Doula, que é uma pessoa treinada, escolhida pela maternidade, pela comunidade ou pela própria gestante, a qual irá prestar

apoio a gestante e a seu acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, facilitando a participação da parturiente na tomada de decisões. A Doula tem algumas atribuições que são:

- Orientar a mulher a se manter na posição mais confortável para ela durante as contrações;
- Manter o ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;
- Auxiliar nas técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos;
- Orientar a parturiente para o alívio da dor;
- Estimular o acompanhante em todo processo;
- Apoiar e orientar a mulher sobre a liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada durante a expulsão (FIGUEIREDO, 2005).

O acolhimento durante o pré-parto também envolve o alívio da dor, através de medidas não farmacológicas, pois todo paciente tem o direito de não sentir dor.

Brasil (2001), destaca que esses métodos são métodos psicoprofiláticos de relaxamento que podem ser iniciados durante o pré-natal e durar até o pré-parto/parto – Método de Dick-Read, Bradley e de Lamaze - pressupõe-se que a utilização desses métodos auxilia na redução da tensão, do medo e da dor.

O método de Dick-Read, usado como técnica de relaxamento envolve a soltura de toda musculatura corporal, junto com a respiração total do intervalo das contrações uterinas (ALMEIDA et al, 2005).

Segundo Brasil (2001), esse método orienta exercícios para musculatura do períneo e do abdome, e técnicas de relaxamento através da concentração em cada parte do corpo, contraindo e relaxando os músculos. Seu objetivo principal é evitar a tríade medo – tensão – dor, baseando-se no método que o conhecimento destrói o terror aliviando a dor.

No método de Bradley o parto é reafirmado como um momento normal valoriza o silêncio para que o parto seja considerado o mais normal possível. No início do trabalho de parto a mulher é estimulada a se movimentar livremente, podendo assumir a posição de Sims quando deitada (decúbito lateral esquerdo, com os braços posicionados de maneira confortável, perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama).

Durante as contrações a mulher deve fechar os olhos e relaxar os músculos e respirar lenta e profundamente, nesse momento o acompanhante é muito importante, ajuda colocando a mão sob o abdome da mulher durante as contrações (BRASIL, 2001).

E por fim o método de Lamaze que segundo Almeida et al (2005), é um método utilizado durante as contrações nas diferentes fases do trabalho de parto e durante o parto. A mulher é incentivada a substituir a reação de dor e de medo por um comportamento mais positivo, é o método mais utilizado ultimamente, envolve a combinação de técnicas de relaxamento musculares e de respiração, ensina a mulher a contrair alguns músculos enquanto relaxa outros, aprende também a colocar um objeto que será usado como ponto focal durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

Outras técnicas não invasivas e não farmacológicas que também podem ser utilizadas para o alívio da dor são: Balanço pélvico, bola de Bobath, cadeira de balanço, também chamada de cavalinho, massagem lombossacra e hidroterapia. Essas técnicas associadas ao uso de água quente produzem um efeito calmante, ajudando a aliviar a tensão e favorecendo o trabalho de parto (BARROS, 2009).

2.5 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO DE PARTO

Apesar do parto se constituir em rotina nos hospitais e nas maternidades, cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, pois cada uma tem sua visão única sobre o que é o parto, portanto, o cuidado e o conforto devem ser direcionados a cada uma respeitando a singularidade de cada parturiente (OLIVEIRA et al, 2010).

Qualquer indivíduo diante do desconhecido, tende a apresentar uma postura de defesa, gerada pela ansiedade e pelo medo, desse modo acontece com a gestante que desconhece seu corpo e as mudanças ocorridas durante a gravidez e o trabalho de parto, é justamente nesse momento que a mulher mais precisa de apoio, de compreensão, onde ela vai estar se sentindo desprotegida e frágil (BRASIL, 2002).

Nesse momento, estar recebendo cuidado de uma equipe especializada e experiente é muito importante, mas não suficiente, porque muitas vezes os fatores emocionais e psíquicos dessas mulheres não são levados em consideração, prevalecendo na hora do trabalho de parto e parto rotinas hospitalares rígidas, onde as mulheres submetem-se de forma submissa e silenciosa sem expressar seus sentimentos, acabando por viver esse momento sem harmonia (BARROS, 2009).

A Enfermagem possui um papel muito importante no que diz respeito a prestar uma assistência humanizada e qualificada durante o parto, deve favorecer e estimular a participação dos protagonistas desse fenômeno – a gestante, seu acompanhante e o Recém-nascido (BRASIL, 2002).

É necessário destacar que os pontos principais para o cuidado e o acolhimento a essas mulheres em trabalho de parto não se encontram nas rotinas e nem nas instalações físicas, mas na relação entre cliente e profissional, fazendo com que isso venha a se tornar o eixo fundamental para a humanização na assistência a saúde (OLIVEIRA et al, 2010).

Todas as situações que envolvem o ciclo gravídico puerperal são de natureza processual, e cada gestante vivencia essa fase de um jeito pessoal, ficando como responsabilidade do profissional de saúde o atendimento especializado. A mulher deve participar ativamente de seu cuidado juntamente com a equipe de saúde e não simplesmente cumprir determinações estabelecidas, já que o seu bem-estar e de seu filho também é responsabilidade dela (BARROS, 2009).

Barros (2009) ressalta que a assistência ao parto envolve a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição, e o compreende como:

- Um processo natural que quando é bem conduzido não necessita de intervenções;
- Respeito aos sentimentos, emoções e singularidade de cada pessoa;
- Apoio dos profissionais onde possam ajudar a mulher a diminuir a dor, insegurança, solidão, ansiedade, e todos os seus medos;
- Promoção de bem estar ao longo do processo de gestação, parto e nascimento;

- Informação e orientação à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto permitindo que ela se torne protagonista principal desse momento, dando o direito de se recusar a fazer tal procedimento se a mesma achar constrangedor e que lhe cause dor;
- Permitir espaço para um acompanhante que a paciente deseje;
- O direito na escolha do local de nascimento, onde possa garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é tida como um processo formal e sistemático do desenvolvimento científico, que tem como objetivo encontrar respostas adequadas para determinados problemas, através de procedimentos científicos. A partir dessa busca surge a metodologia da pesquisa, que é definida como um conjunto de técnicas que possibilitam o conhecimento da realidade e sua construção, somado com o potencial do investigador e as concepções teóricas da abordagem (GIL, 1999).

A pesquisa é do tipo descritiva, exploratória com uma abordagem quanti-qualitativa, que teve como principal objetivo analisar a assistência de enfermagem prestada a mulheres durante o período de parto.

As pesquisas descritivas têm como principal objetivo descrever as características da população em amostra ou fenômeno, ou estabelecer relações utilizando técnicas padronizadas da coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática (FIGUEIREDO, 2004).

Segundo Minayo (1994), os métodos qualitativos e quantitativos possibilitam o enriquecimento de constatações obtidas sob condições controladas, quando os dados são obtidos dentro do contexto natural de sua ocorrência, não sofrendo qualquer alteração.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal Dr. Odilon Maia Filho, situado na cidade de Brejo do Cruz – PB.

A escolha por esse local de pesquisa se deu pelo fato de ser o único hospital na cidade onde atende toda a população local, inclusive mulheres em trabalho de parto e parto sem complicação, tornando-se o espaço ideal para a concretização da pesquisa.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população se configurou por mulheres no puerpério imediato na referida instituição de estudo.

A amostra da pesquisa inicialmente era composta por 5 puérperas que se adequaram nos critérios de inclusão que foram:

- Aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);
- Ter idade superior a 18 anos.

E como critério de exclusão:

- Não fazer parte dos critérios de inclusão.

Em virtude do tempo estabelecido para coleta de dados a amostra se configurou por 4 mulheres que entraram em trabalho de parto no período estabelecido para coleta de dados.

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O estudo teve como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado contendo perguntas objetivas que abordaram aspectos sociodemográficos dos sujeitos participantes da pesquisa, e perguntas subjetivas relacionadas à assistência de enfermagem humanizada prestada durante todo processo parturitivo.

O roteiro de entrevista é um instrumento de coleta de dados, adequando a base da pesquisa à realidade prática sob a ótica bifocal profissional/social, para a obtenção de informações procedentes, onde ordenados, possibilitará uma melhor condução das entrevistas, sendo esta informal ou estruturada.

O roteiro é o norte da entrevista, o mesmo facilita a visão do entrevistador e a relação pessoal estabelecida entre entrevistador e entrevistado. Adapta mais facilmente aos entrevistados e às circunstâncias em que eles se desenvolvem durante a entrevista (GIL, 2009).

A utilização de um roteiro de entrevista na coleta de dados é enfatizada por Severino (2007), por ser aquela empregada por meio de coleta de informações dos sujeitos compreendidos a partir do seu discurso livre. Cabe ao

entrevistador, manter-se atento, registrando todas as informações e intervir prudentemente para estimular a participação do depoente acerca do que está dirigido a pesquisa. É caracterizado por sua forma de diálogo descontraído, propiciando ao informante para que possa expressar-se livremente sem constrangimentos de forma produtiva.

3.5 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FANEME-PB e o esclarecimento acerca dos objetivos e condutas da pesquisa, bem como, aceitação dos sujeitos de participarem da mesma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi assinado e uma cópia entregue aos participantes da pesquisa. A partir de então, a coleta de dados foi feita através de entrevista gravada em aparelho MP3 com aquelas mulheres que se adequaram aos critérios de inclusão.

O período de coleta foi o mês de Março do ano de 2012 e os dados coletados foram transcritos e arquivados em computador de uso exclusivo dos pesquisadores, por um período mínimo de 5 anos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram compilados e analisados com base no enfoque quanti-qualitativo e apresentados quantitativamente em forma de gráficos, quadros e tabelas e qualitativamente através da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Seguimos com as discussões e análises fundamentadas em referências bibliográficas.

A técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), consiste na reunião em um discurso-síntese de expressões-chave que manifestam a mesma idéia central ou ancoragem. Conforme os referidos autores os indivíduos se dissolvem e se incorporam em um ou em vários discursos coletivos que expressam a representação social acerca de um determinado tema da coletividade a qual pertencem.

No que se refere aos passos operacionais até a síntese no discurso do sujeito coletivo, estes incluem: (a) leitura do conjunto dos depoimentos

coletados nas entrevistas; (b) leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas; (c) identificação das idéias centrais de cada resposta; (d) análise de todas as expressões-chave e idéias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; (e) identificação e nomeação da idéia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das idéias centrais de cada discurso; (f) construção dos discursos do sujeito coletivo de cada quadro obtido na etapa anterior; (g) atribuição de um nome ou identificação para cada um dos discursos do sujeito coletivo (LEFÉVRE, LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

No relacionamento entre pesquisador/pesquisado, a questão ética precisa estar presente e ser respeitada pelo pesquisador. É necessário que a integridade física e moral dos colaboradores da pesquisa sejam preservadas, de modo que eles não saiam prejudicados em virtude dos procedimentos adotados para a coleta dos dados que estão sendo investigados.

Para a realização deste estudo levou-se em consideração os pressupostos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1997). Esta resolução diz que o participante não precisa se identificar, podendo desistir da pesquisa sem ser sujeito à pena, o participante foi esclarecido que não tem direito a remuneração. Foi observado também o Capítulo III da resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem, que versa sobre o ensino, a pesquisa e a produção técnico-científica dos profissionais da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo participante da investigação e pelos pesquisadores, em duas vias, sendo que uma foi entregue ao pesquisado e a outra permanece sob os cuidados dos pesquisadores, conforme preconizado pela resolução supracitada, pelo período de cinco anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tentativa de compreender os sentimentos das mulheres no pós-parto sobre a assistência prestada a elas durante o processo de parto, fez-se um estudo baseado em um roteiro de entrevista semi-estruturado com mulheres procedentes de parto normal.

Coletados os dados e transcritos, fez-se a análise quantitativa através de estatísticas apresentadas em porcentagens e a análise qualitativa através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre. Busca-se então compreender de forma clara e segura a percepção dessas mulheres com relação à humanização prestada durante todo o processo parturitivo.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

Neste item os dados foram analisados com base no enfoque quantitativo, onde as frequências foram dadas em valores absolutos e porcentagens e apresentadas em formas de gráficos.

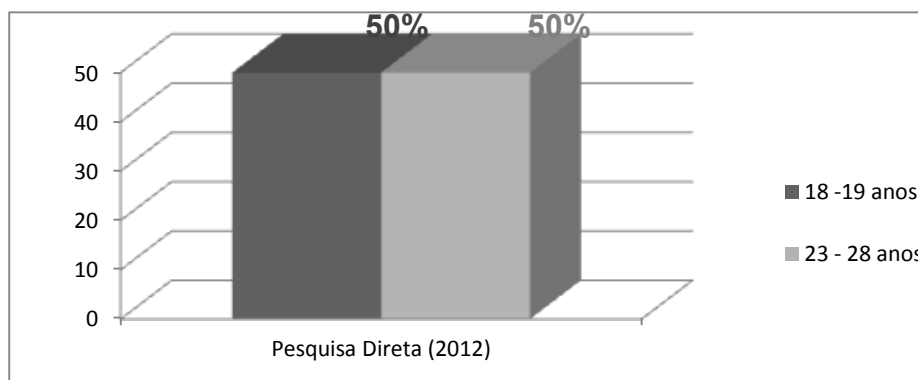


Gráfico 1 - Relacionadas à idade.

Fonte: Pesquisa direta (2012).

De acordo com o gráfico acima apresentado percebemos que de todas as puérperas entrevistadas 50% (2 mulheres) apresentaram idade entre 18-19 anos e 50% (2 mulheres) idade entre 23 – 28 anos.

É notório que a faixa etária das mulheres grávidas tem diminuído cada vez mais, elas começam a ter filhos cada vez mais cedo, muitas delas sem ter se quer qualquer tipo de orientação.

É importante que essas mulheres tenham direito a orientações antes de engravidar, direito a realizar um planejamento familiar para poder evitar a gravidez precoce, fazendo com que os riscos dessa gravidez possam ser evitados.

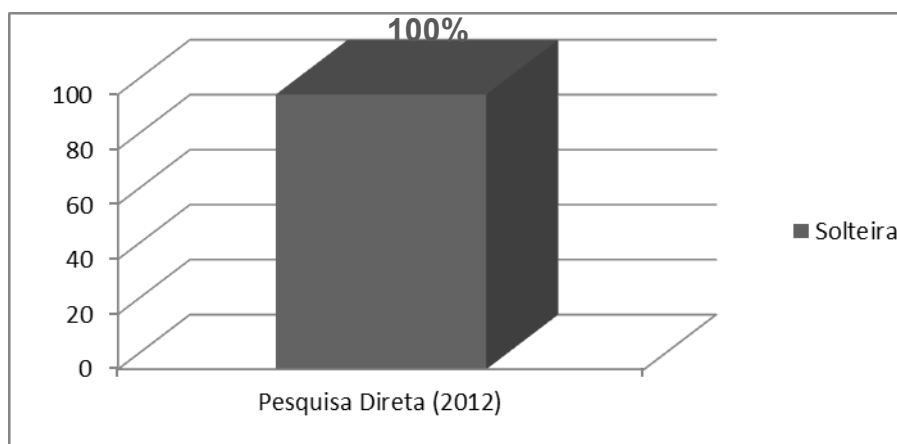


Gráfico 2 - Relacionadas ao estado civil.

Fonte: Pesquisa direta (2012)

Em relação ao estado civil, todas as puérperas entrevistadas, 100% (4 mulheres) se descrevem solteiras, porém mantendo uma união estável.

Durante todo o processo gravídico é de fundamental importância ter o apoio e a compreensão de um companheiro e de sua família, onde eles possam passar a segurança necessária para ela durante esse período em que ela se encontra fragilizada, e com isso poder ajudar e facilitar mais ainda todo esse acontecimento tão mágico e esperado na vida de uma mulher.

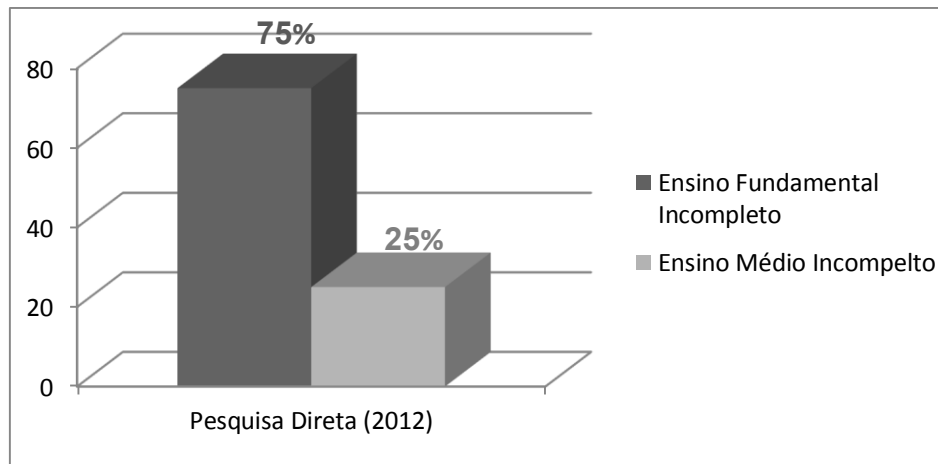


Gráfico 3- Relacionadas à escolaridade.

Fonte: Pesquisa direta (2012)

Quando questionadas sobre escolaridade, houve variação, 75% (3 mulheres) apresentavam Ensino fundamental incompleto (de 2° série até 7° série), e somente 25% (1 mulher) apresentou Ensino médio incompleto (1° ano).

A falta do conhecimento relacionada ao baixo nível de escolaridade interfere no processo de gravidez, pois acaba por limitar a mulher, no que diz respeito ao conhecimento dos seus direitos, não só durante o processo gravídico, como também durante todo o processo parturitivo.

Alguns autores como cita Rocha; Bezerra; Campos (2005) afirmam que a escolaridade da gestante é um fator que merece atenção, pois fornece subsídios importantes de como conduzir a assistência tanto no pré, trans e pós-natal.

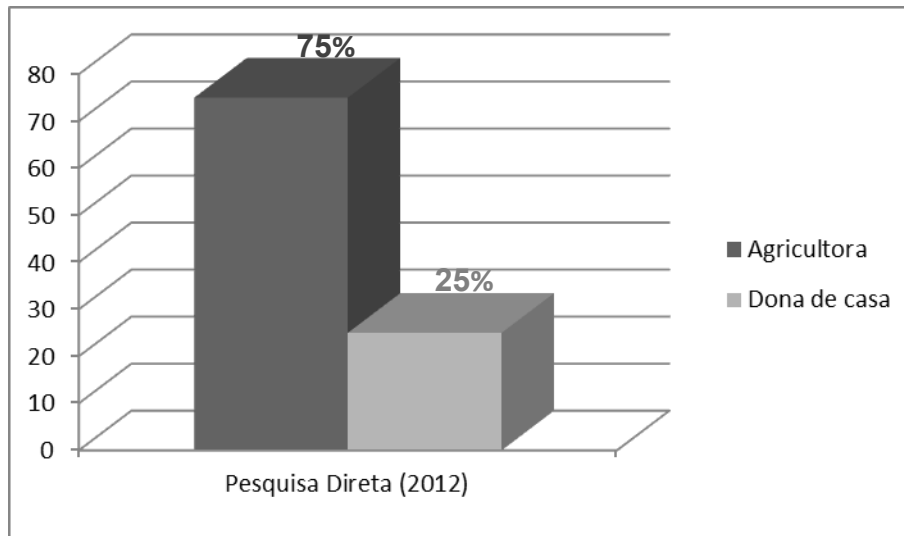


Gráfico 4 - Relacionadas à profissão.

Fonte: Pesquisa direta (2012)

Analisando a ocupação das entrevistadas, a maioria, 75% (3 mulheres) são agricultoras, e somente 25% (1 mulher) se dizia dona de casa, não exercendo qualquer outro tipo de profissão.

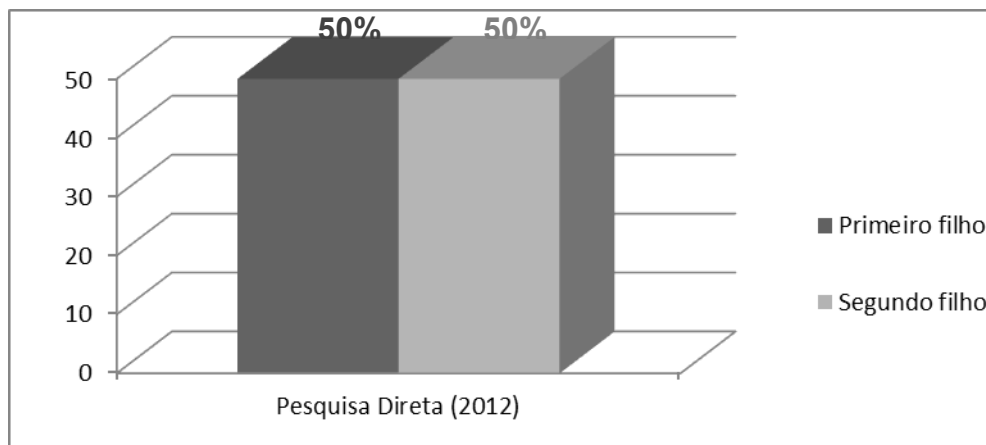


Gráfico 5 - Relacionadas à paridade

Fonte: Pesquisa direta (2012)

Verificando-se ainda a paridade das entrevistadas, 50% (2 mulheres) eram primíparas, ou seja, tiveram o primeiro filho, assim também como 50% (2 mulheres) estavam no segundo filho.

A condição de estar grávida já é por si um momento de medos e ansiedades, principalmente quando se está vivendo esse momento pela

primeira vez na vida. Quando já se tem tido a oportunidade de ter vivido esse momento, e poder estar vivendo mais uma vez à mulher torna-se mais segura e mais experiente para enfrentar qualquer situação que possa vir a surgir.

O nascimento de um filho, principalmente do primeiro, quando se inaugura completamente a maternidade, traz consigo um status que vem acompanhado de toda pressão social de exercer o papel de ser mãe (LOPES et al, 2005).

4.2 DADOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA DURANTE TODO PROCESSO PARTURITIVO

Neste ponto, apresentam-se os dados a serem analisados pela Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), obtidos através das respostas das entrevistadas, sendo analisadas através da literatura pertinente.

Idéia Central I	Discurso do Sujeito
Não entende	“Nada, entendo nada”. “Eu, (risos), nada”. “Como assim?”

Quadro 1 - Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: O que você entende por parto humanizado?

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: Não entendo nada sobre parto humanizado.

É importante ter conhecimento sobre a humanização do parto como forma de conhecer seus direitos.

A falta de informações não inclui somente a assistência obstétrica, mas também ao conceito mais amplo de garantia dos seus direitos de cidadania de usuária de um serviço que é financiado com recursos públicos (DIAS, 2006).

Para Costa, Faria e Soler (2009), o desconhecimento das parturientes sobre o parto humanizado e a necessidade de reconhecer os seus direitos é real, suas expectativas estão voltadas para o acesso ao serviço, desejando um

atendimento específico para o parto. A falta de conhecimentos sobre as intercorrências e evoluções do trabalho de parto, e os direitos assegurados por lei, submetem a mulher a ceder às imposições e condutas da equipe multiprofissional, ficando assim impedida de questionar, de se expressar.

Idéia Central II	Discurso do Sujeito
Parto normal	“É o parto normal?”

Quadro 2 – Idéia Central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: O que você entende por parto humanizado?

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: O parto humanizado é o parto normal.

Mesmo parecendo redundante o termo humanização está ligado ao homem, e tem sido usado amplamente com o objetivo de tornar as práticas de assistência à saúde mais acolhedora, tendo o paciente como protagonista sujeito do processo saúde – doença. Já que estas características foram descaracterizadas na evolução do cuidar humano (BITTENCOURT; OLIVEIRA, 2009).

A falta de informações, ou o uso de informações erradas no sentido da palavra humanização em saúde torna essa assistência cada vez mais precária, descaracterizando o verdadeiro sentido do cuidado humanizado.

Idéia Central	Discurso do Sujeito
Assistência Humanizada	“Foi boa, boa”. “Foi. Não sei”. “Foi. Ocorreu tudo bem, foi tudo normal”. “Foi. [...] como assim posso dizer, por que fui bem assistida”.

Quadro 3 - Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Você acha que a assistência de enfermagem prestada durante o período de pré-parto e parto foi humanizada? Por quê?

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: Foi boa, ocorreu tudo bem, foi tudo normal, posso dizer por que fui bem tratada.

Segundo Santos et al (2011), a mulher reage ao que lhe é oferecido de maneira positiva ou negativa, tornando assim, os sentimentos envolvidos no processo de nascimento bastante significativo para ela. Quando percebe a sensibilidade dos profissionais com a situação e a solidariedade com as expressões de dor, medo e alegria, a mulher reage com segurança, enxergando a possibilidade de compreensão ao momento que vivencia.

Estabelecer uma relação de confiança com os profissionais de saúde fortalece sentimentos positivos que tranquilizam a parturiente. Quando esse relacionamento não existe, a experiência do parto é tida de forma negativa (SANTOS et al, 2011).

Idéia Central	Discurso do Sujeito
Não houve pontos negativos	“Teve nada não”. “Não teve”. “Não teve”. “Não teve”.

Quadro 4 – Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Com relação às práticas desenvolvidas no setor obstétrico descreva os principais pontos negativos durante a assistência prestada.

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: Teve nada não. Não teve.

O desconhecimento sobre o verdadeiro sentido da assistência humanizada pode chegar a levar a parturiente a achar que tudo ocorreu como tinha que ser, que foi tudo perfeito.

De acordo com Dias (2006), o fato de não ter sofrido nenhuma situação de violência e de maus tratos, faz com que, por comparação, o cuidado que recebido seja definido como um bom atendimento.

A questão de atendimento humanizado não envolve somente o tratamento físico que a mulher recebe, mas também o tratamento emocional, o suporte que é oferecido a ela durante toda a assistência, visto que a violência verbal pode lesionar a mulher muito mais do que a violência física.

Idéia Central I	Discurso do Sujeito
Nascimento da filha	“A minha filha”. “Foi ver ela nascer”.

Quadro 5 - Idéia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Com relação às práticas desenvolvidas no setor obstétrico descreva os principais pontos positivos durante a assistência prestada.

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: A minha filha, foi ver ela nascer.

O contato imediato com o filho a nascer é de fundamental importância para fortalecer o binômio mãe-filho.

Como ressalta Brasil (2008), o contato precoce pele a pele é uma prática considerada extremamente benéfica pela OMS, e que deve ser estimulada. Assim também como a amamentação na primeira hora após o parto, trazendo repercussões positivas para a saúde da mãe e do bebê.

Segundo Lopes et al (2005), esse contato precoce com o filho após o nascimento está associado a uma vivência mais positiva do parto.

Castro e Clapis (2005), afirmam que indivíduos bem acolhidos no seu processo de nascer, tornam-se futuros cidadãos bem resolvidos, com menor potencial para se envolver com drogas e violências.

Idéia Central II	Discurso do Sujeito
Bom atendimento	“Foi, todo mundo fez tudo como era pra ser, e assim, foi tudo normal”.

Quadro 6 - Ideia central e Discurso do Sujeito referente ao questionamento: Com relação às práticas desenvolvidas no setor obstétrico descreva os principais pontos positivos durante a assistência prestada.

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: Todo mundo fez tudo como era pra ser, foi tudo normal.

O tipo de atendimento prestado à parturiente nos momentos que cercam o parto é de fundamental importância para a confiança na própria capacidade de ser mãe e de saber cuidar de outro ser humano (LOPES et al, 2005).

É necessário que experiências positivas sejam passadas durante o processo de parto, e que a mulher possa ser realmente nesse momento a peça principal.

Segundo Moura (2007), a humanização da assistência significa que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem o uso de intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e à sua família, garantindo os direitos de cidadania.

É nesse contexto que o verdadeiro sentido da palavra humanização aparece, é deixando a técnica de lado, colocando em prática o ser humano que existe dentro de cada um, percebendo o outro como ser humano.

Idéia Central I	Discurso do Sujeito
Não falta nada	“Nada. Pra mim não.” “Nada”. “Aqui, eu acho que mais nada”.

Quadro 7 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Na sua opinião, o que falta para melhorar a assistência de enfermagem prestada?

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: Nada, pra mim não, aqui eu acho que mais nada.

Muitas vezes a assistência prestada nos serviços de saúde não corresponde ao conceito de humanização, e por falta de conhecimento dos usuários, eles chegam a pensar que qualquer gesto, qualquer minuto de atenção corresponde ao cuidado humanizado e que a assistência prestada foi integral e de forma totalmente perfeita.

Como ressaltam Santos e Tyrrell (2005), na maioria das vezes, as mulheres pouco informadas sobre o que vem a ser o atendimento humanizado, vivendo um momento fragilizado, percebe como uma boa assistência apenas sair da sala de parto com o seu filho em seu colo, não levando em consideração, que é ela o ser ativo daquele processo, que na maioria das vezes perde sua ação diante dos poderes dos profissionais de saúde.

Idéia Central II	Discurso do Sujeito
Precisa melhorar	“Tem que melhorar mais. Mas eu não sei não”.

Quadro 8 - Idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Na sua opinião, o que falta para melhorar a assistência de enfermagem prestada?

Fonte: Pesquisa Direta (2012).

DSC: Tem que melhorar mais, mas eu não sei não.

O papel do Enfermeiro na assistência ao parto é o cuidado prestado. Esse papel com um importante significado pode representar um sentido para a vida dos usuários. Portanto, o enfermeiro na busca pela viabilidade do seu trabalho pode proporcionar as mudanças necessárias no âmbito da assistência hospitalar, fortalecendo sua capacidade de realização profissional. Nesse sentido é necessário que sejam feitos questionamentos sobre as estruturas presentes na sociedade, que perpetuam as situações de vulnerabilidade em

que os usuários são expostos. É necessário promover mudanças que possam envolver desde os órgãos formadores, até a melhoria da infraestrutura hospitalar e das condições de trabalho no atendimento à mulher (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Um hospital para ser humanizado deve oferecer um atendimento de qualidade à população. É necessário que se planeje um conjunto de ações, capazes de atender a três dimensões: a humanização do atendimento ao usuário; a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde e ao atendimento da instituição hospitalar, em suas necessidades básicas, administrativas, físicas e humanas (SILVA; RODRIGUES; MOURA, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado humanizado no atendimento a saúde tem sido muito estudado nos últimos anos, principalmente quando se diz respeito ao cuidado no ato do parto, porém, ainda nota-se a dificuldade e a falta de informações relacionadas ao tema.

Quando os profissionais de saúde não prestam uma atenção humanizada aos seus usuários no que diz respeito ao parto, um momento em que a mulher já se encontra fragilizada, muitas até tendo sofrido meses ou anos com essa ansiedade de ter um filho, está permitindo que essa experiência se torne frustrante, e seja lembrada de forma constrangedora.

O presente estudo mostrou que essa questão de humanização no ato de parir tem que ser trabalhada cada vez mais nas instituições de saúde, pois os usuários infelizmente ainda desconhecem o termo ou não tem certeza dele. Foi observado nas falas das entrevistadas o desconhecimento sobre o tema em maior parte delas, na medida em que ao mesmo tempo afirmavam ter tido um cuidado humanizado.

Diante dos resultados obtidos, é necessário destacar que grandes foram os ganhos com a pesquisa, que contribuirão para minha formação e o meu conhecimento.

É necessário entender que a humanização não se encontra pronta em manuais ou livros e sim moldada dia a dia, trata-se de rever as atitudes diárias para com os usuários dos serviços, tentando estabelecer novas formas de atendimento.

Esperamos que essa pesquisa contribua para que os profissionais possam refletir a cerca do cuidado prestado, e através desta manter elevados os ideais de um cuidado cada vez mais humanizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia Maria de. **As Reformas Sanitárias dos Anos 80**: crise ou transição? 441 f. Tese (Doutorado em saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13 n.1 Ribeirão Preto jan./fev. 2005.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.221-227, 2006.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Enfermagem Obstétrica e ginecológica**: Guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface. Comunic. Saúde. Educ.**, v. 9, n.17, p.389 – 406, mar./ago. 2005.

BENZECRY, Roberto (ed). **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

BITTENCOURT, Isaiane Santos; OLIVEIRA, Zulmerinda Meira. Complicações do parto natural: Assistência de Enfermeiros (as) Obstetras. **Rev.Saúde.com**. Jequié – BA, 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Resolução n. 196 de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 1997.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS. 2008. 158 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Brasília, janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre Saúde da Mulher**. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/2035/301/mais-sobre-saude-da-mulher.html>>. Acesso em 05 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Departamento de apoio a gestão participativa e ao controle social. **Saúde da mulher**: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; OSIS, Maria José Duarte; PARPINELLI, Mary Angela. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública** v. 21, n.5, Rio de Janeiro, set./out. 2005.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.6, p.960-967, nov./dez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-311/2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Rio de Janeiro, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parto Natural**. São Paulo, 2010.

COSTA, Kaline Rachel Rodrigues da. **Percepção de Mulheres em Trabalho de Parto sobre a Humanização na assistência de Enfermagem**. 74 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/FACENE-RN, 2011.

COSTA, Michelle de Oliveira Martins; FARIA, Denise Gozalez Stellutti; SOLER, Zaida Aurora Sperli Gerales. Pesquisando a Humanização no parto. **Cuidarte Enfermagem**. Janeiro-Junho, 2009.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da Assistência ao parto**: Conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006. 283 f. Tese (doutorando em Medicina) – Departamento de Ensino e Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ. Disponível em:

< <http://www.bvsam.icict.fiocruz.br/teses/mabdias.pdf>>. Acesso e: 21 maio, 2012.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 253 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina – USP. Disponível em:
<<http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>>. Acesso em: 19 out., 2011.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set., 2005.

DUTRA, Ivete Lourdes. A polissemia dos termos: parto natural, normal e humanizado. **Revista gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 215-222, 2005.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul – SP: Yendis Editora, 2005.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2004.

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

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: O imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2006.

GUTIERREZ, Cleidiane; TONETO, Natalia Cristina Pombal Carvalhal. **A importância da Enfermagem na assistência ao parto humanizado: estudo de caso**. 61 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Saúde de São Paulo, 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e crítica**. Rio Grande do Sul, 2005.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 2. ed, Petrópolis: Vozes, 1994.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.4, jul./ago. 2007.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de et al. Percepção de Mulheres sobre a vivencia do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v. 11, numero especial, 2010.

OLIVEIRA, Zuleyce Maria Lessa Pacheco de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2002.

PRO-MATRIX. Unidade de Orientação, Preservação e Tratamento da mulher. **Parto Humanizado**: respeito à escolha da mulher. 2010. Disponível em: <<http://www.promatrix.com.br/spip.php?article64>>. Acesso em: 13 out., 2011.

ROCHA, Dayane Cristina de Sousa; BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CAMPOS, Antonia do Carmo Soares. Cuidados com os bebês: O conhecimento das primíparas adolescentes. Escola de Anna Nery. **Rev. de Enferm.** V.9, n.3. Rio de Janeiro, 2005.

SALES, Fernanda de; SOUZA, Francisco das Chagas de; JOHN, Valquiria Michela. O emprego da abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na pesquisa em educação. **Linhas**, Florianópolis. v.8, n.1, jan./jun. 2007.

SANTOS, Fernanda Rego Pereira dos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Assistência a mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. Escola de Anna Nery. **Rev. Enferm.** V. 9, n.1. Rio de Janeiro, 2005.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: Um estudo com desenhos. **Rev. Enferm.** Maio/Ago., 2011.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc.saúde coletiva**, v. 12, n.4, Rio de Janeiro, 2007.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Enediana Chagas da; RODRIGUES, Lygia Kelle Soares; MOURA, Maria Eliete Batista. **Assistência de Enfermagem Humanizada**: Uma questão de respeito. Terezina, 2003.

SILVA, Janize C. **Manual Obstétrico**: guia prático para a enfermagem. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Corpus, 2007.

SILVEIRA, Isolda Pereira da; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita. O cuidado de Enfermagem no partejar: marcos conceituais. **Rev.. Gaucha de enf.** Porto Alegre (RS), 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta pesquisa trata-se de um estudo intitulado “Partejar: Percepção de mulheres no pós-parto no município de Brejo do Cruz-PB”. Está sendo desenvolvida pela pesquisadora participante Mayana Rafaela Santos da Silva, aluna do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN sob a orientação pesquisadora responsável Professora Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva.

O nosso objetivo é analisar a assistência de enfermagem prestada a mulheres durante o período de parto. Com isso poderá se ampliar informações que nos leve a refletir acerca da assistência prestada a essas mulheres, tornando possível modificar essa realidade, intervir, visando buscar um atendimento melhor para as parturientes, fazendo com que os profissionais tenham uma visão diferenciada sobre o estado em que elas se encontram, podendo resgatar a sensibilidade para com o outro, preparando a mulher para poder da melhor forma possível vivenciar o momento do parto, tornando possível relatar esse momento como uma experiência positiva

O procedimento a ser realizado por aqueles que concordarem a participar do projeto será uma entrevista através de um roteiro que será gravado em aparelho MP3 e depois transcrito.

O registro da participação nesse estudo será mantido em sigilo. Estes serão guardados e somente os pesquisadores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar desse trabalho, a identificação da parturiente não será revelada.

Não se espera que você tenha problema algum em consequência da realização das atividades de pesquisa, porque estas oferecem o mínimo de risco ou desconforto considerando que nenhum exame clínico será realizado.

Toda participação é espontânea e voluntária. Você não receberá nenhum pagamento por isso. Entretanto, não há penalidade para alguém que decida não participar desse estudo. Ninguém também será penalizado se

decidir desistir de participar do estudo em qualquer momento da pesquisa, mesmo já tendo assinado esse termo.

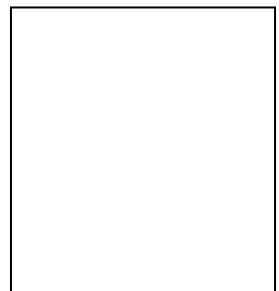
Eu, _____, declaro que entendi os objetivos e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE¹.

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/ 2012

Raquel Mirtes Pereira da Silva²
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha



¹ **Endereço Comitê de Ética e Pesquisa:** Av. Frei Galvão, N°12 - Bairro Gramame - João Pessoa-Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777 E-mail: cep@facene.com.br

² **Endereço residencial da pesquisadora responsável:** Travessia José Eustáquio, 844, Bairro: Paraíba. Caicó-RN

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista**PARTE I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

IDADE:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

PARIDADE:

PARTE II: DADOS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA A MULHERES NO PERÍODO DE PARTO

1. O QUE VOCÊ ENTENDE POR PARTO HUMANIZADO?

2. VOCÊ ACHA QUE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA DURANTE O PERÍODO DE PARTO E PARTO FOI HUMANIZADA? POR QUÊ?

3. COM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NO SETOR OBSTÉTRICO DESCREVA OS PRINCIPAIS PONTOS NEGATIVOS DURANTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA:

4. COM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NO SETOR OBSTÉTRICO DESCREVA OS PRINCIPAIS PONTOS POSITIVOS DURANTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA:

5. NA SUA OPINIÃO O QUE FALTA PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA?

ANEXO