



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TATIANA ANTUNES BARBOSA

**PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS FRENTE AO CUIDADO DAS ENFERMEIRAS
OBSTETRAS NO PARTO E NASCIMENTO**

CEILÂNDIA

2013

TATIANA ANTUNES BARBOSA

**PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS FRENTE AO CUIDADO DAS ENFERMEIRAS
OBSTETRAS NO PARTO E NASCIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em
Enfermagem 2, como requisito para obtenção do
título de enfermeiro pela Universidade de Brasília
- Faculdade de Ceilândia, UnB-FCE.

Orientação: Prof^a Josiane Maria Oliveira de Souza

Coorientação: Leticia de Matos Araújo Nicolletti.

CEILÂNDIA

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

B238p Barbosa, Tatiana Antunes

Percepção das puérperas frente ao cuidado das enfermeiras obstetras no parto e nascimento/ Tatiana Antunes Barbosa. --Brasília: [Sn], 2013.

(66)f: il.1

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2013.

Orientação: Josiane Maria Oliveira de Souza; Letícia de Matos Araújo Nicolletti.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Humanização do Parto. 3. Parto Normal. 4. Percepção.

I. Barbosa, Tatiana Antunes. II. Percepção das puérperas frente ao cuidado das enfermeiras obstetras no parto e nascimento.

CDU – 616-083-053.1

BARBOSA, Tatiana Antunes

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS FRENTE AO CUIDADO DAS ENFERMEIRAS
OBSTETRAS NO PARTO E NASCIMENTO

Monografia apresentada à
Faculdade de Ceilândia da
Universidade de Brasília como
requisito para obtenção do título de
enfermeiro.

Aprovado em : _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Prof^a. Dr^a. Laiane Medeiros Ribeiro

Prof^a. Msc. Josiane Maria Oliveira de Souza

Prof^a. Msc. Anna Carolina Faleiros Martins

*“Dedico aos meus pais, Rane Maria
Souza Barbosa e Cleanto Antunes
Teixeira, que são minha fonte de
inspiração e existência, para meu
namorado e para todos os profissionais
que buscam e lutam pelo parto
humanizado”*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e a Nossa Senhora, por me conceber tamanha oportunidade e abrir meus olhos para realizar um curso no qual me identifico e que sou feliz em graduar.

Aos meus pais, Rane Maria Souza Barbosa e Cleanto Antunes Teixeira, que me deram a vida e foram essenciais para minha formação como pessoa, me apoiando e incentivando em todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado, Lisieux Mesquita Coelho, por me apresentar a Enfermagem e por todo carinho, atenção e compreensão que me foram dedicados.

As minhas queridas amigas que foram minhas companheiras e irmãs nessa longa caminhada de estudos e superação.

As minhas orientadoras Josiane Maria Oliveira de Souza e Letícia de Matos Araújo Nicolletti por todo apoio, paciência e orientação.

A todas as puerperas que me concederam suas palavras e seu tempo, que foram importantíssimas para a realização desse estudo.

*“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de
nacer.”*

Michel Odent

BARBOSA, T. A. Percepção das puérperas frente ao cuidado das enfermeiras obstetras no parto e nascimento. 2013. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem)– Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2013.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Com a humanização do parto e nascimento e a inclusão da (o) enfermeira (o) obstetra como a profissional indicada para a realização de partos normais sem distócia, sabe-se que esta possui formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à mulher, tendo como foco de seu trabalho, o cuidado. Assim, dar voz às parturientes e proporcionar uma escuta qualificada é uma forma de avaliar essa prática na enfermagem. **OBJETIVO:** Investigar a percepção das puérperas acerca do cuidado oferecido por enfermeiras (os) obstetras durante o trabalho de parto e nascimento. **METODOLOGIA:** Pesquisa exploratória, de cunho qualitativa, realizada no período de agosto a dezembro de 2012, no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) do Distrito Federal. A amostra do estudo foi constituída por 20 puérperas, internadas na unidade de internação obstétrica, alojamento conjunto (ALCON). A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento semiestruturado incluindo: dados sociodemográficos, histórico obstétrico e cinco questões norteadoras. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde. **RESULTADOS:** Na percepção das mulheres, as enfermeiras fizeram a diferença no cuidado prestado, de forma a contribuir para que a vivência de parto fosse mais positiva, humana e digna, diminuindo a ansiedade e os medos comuns do processo de parturição. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Se faz necessário: refletir sobre a reorganização do processo de trabalho para garantir a continuidade do cuidado e aprimorar as orientações dispensadas pelos profissionais no pré-natal.

DESCRITORES: Enfermagem Obstétrica, Humanização do Parto, Parto Normal, Percepção.

BARBOSA, T. A. Puerperals perception about obstetric nurses care in labor and delivery. 2013. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2013.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the historical development of the delivery and birth humanization and the inclusion of the obstetric nurses, as a qualified and suitable professional to perform normal deliveries without dystocia, it is known that such professional has ethical-humanistic and science knowledge to provide care to women in a less technical and more human way, focusing your work in care. Then, give voice to mothers and provide a qualified hearing is a way to evaluate this practice in nursing. **OBJECTIVE:** Investigate the mothers perception about the care provided by obstetric nurses, during labor and birth. **Methodology:** An exploratory and qualitative study, made in the period from August to December 2012th, at the Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) of the Distrito Federal. The study sample consisted of 20 postpartum women admitted to the obstetric inpatient unit, rooming (ALCON). The data collection was performed using a semi-structured instrument including: sociodemographic characteristics, obstetric history and five guiding questions. All participants signed an informed consent (TCLE) and the study was approved by the Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde, 236/2012- protocol CEP / SES / DF. **FINAL THOUGHTS:** According to the research findings, we concluded that, in the perception of the postpartum women, the nurses made a difference in the care provided, contributing to the experience of these women childbirth, making it more literal, humane and praiseworthy, decreasing anxiety and common fears of childbirth and labor process.

DESCRIPTORS: Obstetric nursing. Humanizing Delivery, Normal childbirth, Perception.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas das puérperas.....26

Tabela 2 - Distribuição das variáveis do histórico obstétrico das puérperas.....28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das Categorias e Subcategorias	25
Quadro 2 - Distribuição das unidades temáticas a cerca da Descrição do processo de parturição, segundo as puérperas entrevistadas	30
Quadro 3 - Distribuição das unidades temáticas a cerca Descrição do cuidado prestado pelo Enfermeiro Obstetra, segundo as puérperas entrevistadas	40
Quadro 4 - Distribuição das unidades temáticas a cerca Descrição do papel do acompanhante no parto, segundo as puérperas entrevistadas	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCON Alojamento Conjunto

CEP Comitê de Ética em Pesquisa.

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

CPN Centro de Parto Normal

EO's Enfermeiras Obstetras

HMIB Hospital Materno Infantil de Brasília

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

PHPN Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

REHUNA Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	14
2.REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1. Desenvolvimento histórico da humanização do parto e nascimento.....	16
2.2. Inserção do enfermeiro na humanização do parto e nascimento	18
3.OBJETIVO	22
4.METODOLOGIA.....	23
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5. 1.Dados sociodemográficos	26
5.2. Histórico obstétrico.....	27
5.3. Categorias e subcategorias simbólicas.....	29
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	63
ANEXO	66

1. INTRODUÇÃO

Passados mais de 12 anos da efetiva inclusão da (o) enfermeira (o) obstetra como profissional habilitada e indicada para a realização de partos normais sem distócia, entende-se que em sua atuação profissional, esta seja capaz de desenvolver habilidades e competências, obter segurança técnica, compreender múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parir. Além de perceber que tal processo deve ser encarado como um evento social com grande influência cultural, esta, deve ter uma formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à mulher, de forma carinhosa, empática e segura, sendo uma profissional diferenciada, menos tecnicista e mais humana, tendo como foco de seu trabalho, o cuidado (CAUS et al., 2012).

Em face disso, atualmente a literatura apresenta uma carência de estudos que tem como foco a avaliação da satisfação das mulheres frente ao cuidado de enfermagem oferecido durante o processo de parto e nascimento (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011). Em contrapartida, a concepção das enfermeiras obstetras sobre sua atuação e principais dificuldades que enfrentam e, também, a visão das parturientes acerca da vivência do parto são temas muito explorados. Com isso faz-se necessário perceber que uma assistência considerada humanizada pode ser vivenciada pelas parturientes de maneira diferente da que é esperada, demandando a necessidade de ser explorado (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Assim, compreender a percepção das mulheres em puerpério acerca do cuidado oferecido pela enfermeira obstetra é relevante para que a Enfermagem avalie sua atuação, que deve primar, entre outras coisas, pelo incentivo à mulher como protagonista no momento do parto, apoiado na capacidade técnica das profissionais de saúde, sem o uso de intervenções desnecessárias e com a presença de acompanhante ao longo de todo o processo de parto e nascimento.

Os indicadores de qualidade do parto e nascimento possuem abordagem meramente quantitativa, o que não nos permite compreender a concepção das mulheres acerca do cuidado de enfermagem no processo de parturição. Portanto, dar voz às parturientes e proporcionar uma escuta qualificada é uma forma de avaliar a prática de enfermagem e estimular a reorganização de ações com base nas políticas públicas atuais, oferecendo também um

feedback para os profissionais se autoavaliarem a cerca de sua atuação (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Neste sentido, o presente estudo nos permitirá refletir sobre o cuidado que se diz ser humanizado pelo olhar da parturiente, enfocando no que se fala e o que realmente se pratica, considerando que os ingredientes básicos da humanização são o respeito à individualidade de quem se cuida, a escuta ativa, a valorização das crenças e da comunicação e o empoderamento da mulher no processo de parturição. Diante disto, o estudo procura responder ao seguinte questionamento: qual a percepção das puérperas acerca do cuidado oferecido por uma (o) enfermeira (o) obstetra durante o trabalho de parto e nascimento?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Desenvolvimento histórico da humanização do parto e nascimento

O parto e nascimento é um mecanismo fisiológico, uma experiência única, que envolve vários fatores hormonais, físicos e emocionais da mulher, onde seu companheiro, sua família e a comunidade na qual esta faz parte, estão incluídos neste processo (MONTEIRO et al., 2010).

A mulher no ciclo gravídico-puerperal se encontra inserida em seu meio socioeconômico e cultural, do qual traz uma bagagem espiritual e emocional que envolvem vários tipos de sentimentos como medos, preconceitos, vontades, alegrias, tristezas, ansiedades, demonstrando uma relação entre os fenômenos psíquicos e somáticos (REZENDE, 2002).

Nas diferentes maneiras de organização dos povos, o aspecto reprodutivo sempre se destacou e à mulher era reservado a sua vital participação sendo responsável pela continuidade da linhagem e a garantia da família, sendo considerada a célula-máter da sociedade. (MARTINS et al., 2005). Antigamente ainda entre os astecas, a mulher recebia cuidados especiais durante a gestação e o parto, com cerimônias e eventos, onde a parturiente devia cuidar da sua alimentação, a parteira aconselhava certos cuidados para o bom desenvolvimento do filho e recomendava relações sexuais nos primeiros meses de gravidez com o objetivo de fortalecer e fazer crescer o produto (REZENDE, 2002).

Em meados do século XVII, quando é retirado da cena do parto as parteiras e curiosas e se iniciaram o atendimento a gestante e ao parto, o modelo hospitalar de assistência, cresce e expande-se como o padrão da assistência obstétrica nas áreas urbanas de muitos países industrializados e também no Brasil. Começa assim a prevalecer como ideário e como política pública, até meados da década de oitenta, o modelo hospitalocêntrico e o parto medicalizado. Neste modelo, a atenção ao parto e ao nascimento passa a ser marcado por características não humanizadas, permeadas por intervenções, muitas vezes desnecessárias e que potencializam quadros de iatrogenia, além da prática cada vez maior do parto cirúrgico (cesariana), bem

como o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e principalmente ao desrespeito à sua autonomia (CAUS et al., 2012).

Ao se deparar com a institucionalização da assistência à parturiente de forma impessoal, mecanicista, violenta e invasiva, as críticas ao modelo obstétrico hospitalar, centrado na doença, ampliaram-se devido ao uso inapropriado de tecnologias, ao aumento no número de cesarianas e estagnação das elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, no país (MARTINS et al., 2005; RIESCO et al., 2009).

O Ministério da Saúde (MS) estimou que a razão de mortalidade materna no Brasil, em 1990, era de 140 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Assim para se alcançar a meta de reduzir a mortalidade em três quartos, entre 1990 a 2015, o país precisaria atingir 35 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015. E durante a década de 90, ocorreu um importante avanço na redução da mortalidade materna graças as grandes mudanças ocorridas no cenário obstétrico. Em 2002, a razão de mortalidade materna atingiu o patamar de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos. O problema é que desde então, ocorreu uma estagnação na situação da mortalidade materna e as estimativas do Ministério da Saúde têm se mantido no patamar de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos (OBJETIVOS..., 2010).

Houve, então, movimentos pela humanização ao parto no Brasil iniciados desde 1970, estimulado por experiências em diferentes Estados. Surgiram profissionais dissidentes, inspirados por práticas vindas de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Já na década de 1980, muitos grupos passam a oferecer assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005, p. 631).

Assim, um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelos movimentos de mulheres em associação e com profissionais de saúde; traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983 (OSIS, 1998; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) é fundada, então, em 1993, no qual teve a Carta de Campinas, como um documento fundador, em que são feitas denúncias a cerca das circunstâncias de violência, constrangimento e condições sub-humanas presentes na

assistência ao parto e nascimento. Considera que, “no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor” (REHUNA, 1993).

Outra estratégia importante do MS foi a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), em 2000, tendo como prioridade que a assistência humanizada passe a incluir o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a percepção da mulher como sujeito do processo de parturição, com o principal objetivo de: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso das mulheres ao pré-natal e promover o vínculo entre a assistência básica e o momento do parto (BRASIL, 2002).

O PHPN fundamenta-se em preceitos humanísticos que norteiam a Assistência Obstétrica e Neonatal onde os profissionais de saúde devem ter como missão e realizar, no dia a dia de sua assistência alguns deveres como: ter atitude ética e solidária frente aos casos, organizar a instituição de forma a criar um ambiente acolhedor, instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que com frequência acarretam maiores riscos para a mulher e o recém-nascido (BRASIL, 2002).

2.2. Inserção do enfermeiro na humanização do parto e nascimento

A humanização da assistência ao parto requer o respeito à fisiologia feminina sem intervenções desnecessárias, reconhecendo ser o parto um processo natural, oferecendo assim um suporte emocional à mulher que durante esse processo encontra-se fragilizada com ansiedades e medos (MONTEIRO et al., 2010).

Nesse sentido, as práticas assistenciais devem priorizar a integridade do corpo da mulher respeitando sua privacidade e trabalhar o empoderamento desta no momento do parto, fazendo com que a parturiente não fique apenas sujeita aos atos profissionais, mas que participe efetivamente do processo. Neste modelo humanizado de assistência, as(os)

enfermeiras(os) obstetras e obstetrites possuem autonomia e competência legal, técnica e científica para prestar cuidados éticos, humanizados e baseados em evidências científicas durante o parto (GONÇALVES; ALVES, 2009).

Os enfermeiros possuem seus direitos e deveres reservados sobre a execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia, desde a implantação da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 e do Decreto N° 94.406 de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da enfermagem no cenário brasileiro, inclusive destacando as atribuições privativas à (o) Enfermeira (o) Obstétrica (o) ou Obstetrix, que cabe, ainda, a prestação da assistência à parturiente e ao parto normal; a identificação das distócias obstétricas; a tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1986).

A partir dos anos 90, enfermeiras obstétricas reuniram e começaram a realizar em sua assistência, as práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e consideradas pelo Ministério da Saúde (MS), reconfigurando o campo da obstetrícia, antes tecnocrático e mecânico, tecendo um papel importante na incorporação da perspectiva humanística (NASCIMENTO et al., 2010).

O Ministério da Saúde, então, implantou uma série de ações com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica oferecida, bem como para regulamentar e fortalecer o exercício das (os) Enfermeiras (os) Obstétricas (os), buscando incentivar a prática do parto normal humanizado (OMS, 1996).

Dentre estas ações inclui-se o aumento à remuneração ao parto normal e a instituição de um limite percentual máximo para o pagamento de cesáreas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria MS/GM 2.816 de 29 de maio de 1998. A introdução desta portaria foi responsável em primeira análise, pela redução do número de mulheres submetidas a riscos cirúrgicos desnecessários. As taxas de cesarianas apresentadas ao Sistema Único de Saúde declinaram de 32% em 1997, para 28% em 1998, 25% em 1999 e 24% em 2000. Essa redução da frequência de partos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde - SUS parece ter sido ainda assim significativa, a ponto de fazer declinar pela primeira vez, nos últimos vinte anos, o número total de cesarianas realizadas no Brasil (BRASIL, 2001).

Como medida adicional ao incentivo ao parto normal, o MS, estabeleceu na tabela do Sistema Único de Saúde a remuneração do procedimento de assistência ao parto realizado

pela (o) Enfermeira (o) Obstétrica (o), por meio da portaria N.º 2.815, de 29 de maio de 1998. Esta portaria tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto. E nesta mesma lógica criou a portaria N.º 163, de 22 de setembro de 1998, regulamentando a realização do procedimento – Parto Normal sem Distócia Realizado Por Enfermeira (o) Obstetra (BRASIL, 2001).

O Conselho Federal de Enfermagem, por consequência, decretou a resolução COFEN-223/99 dispondo sobre a atuação de enfermeiros (as) na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, onde esta, descreve as atribuições das (os) enfermeiras (os) e das (os) enfermeiras (os) obstetras. Assim destaca-se que, cabe a assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e também a execução e assistência obstétrica em situação de emergência, a todos os (as) enfermeiros (as). Porém, reforça a especificidade da competência da enfermeira obstétrica que deve identificar distócias e tomar todas as providências necessárias, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho. Deverá, ainda, quando couber; emitir Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98; e por fim, acompanhar a cliente sob seus cuidados, da internação até a alta (COFEN, 1999).

Assim, a OMS e o Ministério da Saúde brasileiro concordam e recomendam maior participação da (o) enfermeira (o) obstetra e da (o) obstetriz considerando-as (os) profissionais com características menos intervencionistas dos cuidados, e assim, mais apropriadas para o acompanhamento das gestações e partos normais. Levando-se em consideração a grande importância de se fazer um bom acompanhamento do trabalho de parto, aprimorar a assistência ao parto normal e diminuir as taxas de cesariana (OMS, 1996).

Esta abordagem acabou por influenciar no aumento da procura pela formação de profissionais para assistência ao parto normal, incluindo a especialização para as enfermeiras obstétricas, após a conclusão do curso de enfermagem e a formação em nível de graduação para as obstetras (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Assim, as políticas formuladas pelo MS foram importantes para orientação e regulamentação das transformações ocorridas no cenário da atenção ao parto e nascimento. Neste contexto, além da inclusão do parto realizado pela enfermeira obstétrica na tabela de remuneração do SUS, houve a criação do Centro de Parto Normal (CPN) pela Portaria nº 985,

de 5 de agosto de 1999, considerado um marco técnico e político na inserção da enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal e no estímulo ao parto fisiológico (RIESCO et al., 2009).

Os Centros de Parto Normal surgiram com o principal objetivo de resgatar o direito à dignidade e à privacidade da mulher no processo de parturição, num local semelhante ao seu ambiente familiar, e ao mesmo tempo garantir segurança à mãe e seu filho, com capacidade para oferecer recursos tecnológicos apropriados às eventuais necessidades (MACHADO; PRAÇA, 2005). No Brasil, apesar de CPN ser a nomenclatura adotada pelo MS para designar o ambiente intra ou extra-hospitalar, os centros de parto extra-hospitalares são amplamente conhecidos como Casas de Parto (RIESCO et al., 2009).

A primeira Casa de Parto vinculada ao projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) do Programa Saúde da Família foi implantada, em 1998, pela Fundação Zerbini do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tendo como um de seus objetivos o oferecimento de assistência humanizada às mulheres com gestação fisiológica (HOGA, 2004).

O MS, a partir de 1999, passou a investir na formação de enfermeiras obstétricas por meio do financiamento de cursos de especialização como forma de expansão do quantitativo destas profissionais no sistema de saúde. Esta iniciativa governamental integrou as ações determinadas pela Política e Programas de Saúde da Mulher, no SUS. Com essa expansão, a enfermagem obstétrica passou a ganhar maior importância, pois contribuiu efetivamente com as ações de incentivo ao parto normal e ao atendimento ao pré-natal. Assim, a (o) enfermeira (o) possui uma série de responsabilidades como: realizar a consulta de pré-natal à gestação de baixo risco; solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço; realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias; coletar exame citopatológico, entre outras atribuições (PEREIRA et al., 2010).

Portanto, a (o) enfermeira (o) obstetra passa a ser incorporada oficialmente na estrutura legal do SUS, como uma profissional de saúde que busca sempre estimular a fisiologia do parir, propiciando o protagonismo feminino e respeitando sua cidadania e seus direitos humanos e reprodutivos. Além de estimular o parto normal, integrar o companheiro e a família nesse processo e fomentar a expressão da sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade no ambiente do cuidado.

3. OBJETIVO

Investigar a percepção das puérperas acerca do cuidado oferecido por enfermeiras (os) obstetras durante o trabalho de parto e nascimento.

4. METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo exploratório, de cunho qualitativo e foi realizado no período de agosto a dezembro de 2012. O local de estudo foi o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) do Distrito Federal, por ser referência no enfoque clínico para o atendimento a saúde da mulher e da criança de acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O HMIB presta uma assistência diferenciada e especializada pela sua natureza, tendo como missão a humanização do parto e nascimento, através da implantação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor e da garantia do direito ao acompanhante no parto, sendo considerado também pela população do Distrito Federal e entorno, um centro de referência à assistência à mulher e ao recém-nascido. O hospital oferece o Programa de Residência em Enfermagem desde o ano de 2001, oferecendo três especialidades; pediatria, obstetrícia e neonatologia. No ano de 2011 atendeu um total de 5.525 partos/mês, onde 2.748 foram partos normais e 2.777 foram cesarianos.

A amostra do estudo foi constituída por 20 puérperas, internadas na unidade de internação obstétrica, alojamento conjunto (ALCON), do hospital supracitado. Os critérios de inclusão foram: primíparas e/ou múltíparas; idade superior a 18 anos, cujo nascimento do filho se deu através de parto normal assistido por enfermeira (o) obstetra (o) na instituição em questão; condições físicas e psicológicas para responder às perguntas; e que concordaram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento semiestruturado, contendo questões abertas e fechadas, incluindo dados sociodemográficos, antecedentes gestacionais e as seguintes questões norteadoras: Como foi o seu parto? , Você sabe me dizer qual profissional (categoria) que cuidou de você durante o TP (trabalho de parto) e parto? , Quais eram as suas expectativas com relação ao parto antes dele acontecer? O que foi diferente? , Você pode me dizer se o fato de ser assistida/cuidada por uma enfermeira obstetra fez diferença no parto e no nascimento do seu bebê?, Você sugeriria algo para melhorar esta assistência?

Primeiramente, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para análise e aprovação gerando o protocolo 236/2012-CEP/SES/DF. Após esta etapa a coleta de

dados foi realizada durante 3 meses; por meio de entrevistas gravadas por um gravador de voz digital, após a concordância da parturiente. Os depoimentos foram organizados e analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. Essa técnica compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011).

Assim, a abordagem de análise de conteúdo tem por finalidade, explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o significado desse conteúdo, por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência sua origem, ou seja, quem emitiu e o contexto dessa mensagem ou os efeitos dessa mensagem (OLIVEIRA et al., 2003). E para análise desta pesquisa foi seguido as seguintes etapas: Constituição do corpus → Leitura flutuante → Organização do material → Codificação → Categorização → Inferências e Interpretação.

A partir desta análise emergiram três categorias simbólicas, subdivididas em subcategorias, como pode ser descrito no quadro a seguir:

Categorias	Subcategorias
Descrição do processo de parturição	Parto com foco na atenção prestada.
	O papel da dor no trabalho de parto realizado pelo Enfermeiro Obstetra.
	Expectativas antes e após o parto
Descrição do cuidado prestado pelo Enfermeiro Obstetra	Comparação à outros partos e profissionais.
	Valorização da comunicação e incentivo prestada.
	Valorização dos saberes e práticas destes enfermeiros.
Descrição do papel do acompanhante no parto	Valorização da presença do acompanhante.
	Valorização da relação do acompanhante com

	o Enfermeiro Obstetra.
--	------------------------

Quadro 1 - Distribuição das Categorias e Subcategorias

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos presentes resultados serão apresentados inicialmente os dados sociodemográficos, histórico obstétrico e, a seguir, as categorias e subcategorias temáticas que emergiram do estudo. Os resultados que aqui serão discutidos representam as descrições das puérperas entrevistadas frente as suas vivências de parto, desde o momento de sua admissão no hospital até o nascimento de seu filho.

5. 1.Dados sociodemográficos

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sóciodemográficas das puérperas.

Variáveis		n	%
Idade	19-29	15	75
	30-38	5	25
Escolaridade	EFC	1	5
	EFI	6	30
	EMC	10	50
	EMI	2	10
	ESC	1	5
	Estado civil	Solteira	10
Profissão	Casada	6	30
	União estável	4	20
	Emprego fixo	9	45
	Desempregada	4	20
	Autônoma	2	10
Residência	Do lar	5	25
	Ceilândia	2	10
	Gama	2	10
	Recanto das Emas	4	20
	Vila Estrutural	3	15
	Goiás (Águas Lindas, Luziânia)	2	10
	Outros *	7	35

Legenda: EFI= ensino fundamental incompleto, EFC= ensino fundamental completo, EMI= ensino médio incompleto, EMC= ensino médio completo, SC= superior completo; * Cidade Ocidental, Guará, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo 2, São Sebastião, Vargem Bonita.

As entrevistadas do presente estudo situavam-se na faixa etária de 19 a 38 anos. O nível de escolaridade predominante foi ensino médio completo. A maioria das mulheres declararam se solteiras, 50% da amostra; as demais são casadas e em união estável; 6 e 4 respectivamente. Quanto a profissão a maioria possuíam emprego fixo 9 ; 5 declaram ser do lar e 4 desempregadas. Nenhuma das entrevistadas era residente da área de abrangência do hospital HMIB, que compreende à Asa Sul e Lago Sul. A maioria era residente de outras regiões administrativas, como: Recanto das Emas, seguida pela Vila Estrutural, Gama e Ceilândia, e algumas ainda vieram de cidades pertencentes ao Goiás, como Águas Lindas e Luziânia.

Em análise aos dados obtidos a cerca do perfil sócio demográfico, a população do estudo é caracterizada por mulheres jovens, onde a maioria (75%) se encontra na faixa de 19 a 29 anos, com escolaridade de nível médio completo, solteiras, com emprego fixo e residentes fora da área de abrangência do HMIB, provenientes da região administrativa, Recanto das Emas.

5.2. Histórico obstétrico

A maioria das mulheres eram primíparas totalizando 12 e todas realizaram pelo menos 6 consultas de Pré Natal. Todas as múltiparas referiram o tipo de parto anterior com sendo normal. Dentre o total de 8 múltiparas, duas não realizaram o pré-natal, uma delas teve gestação gemelar e desconhecia a informação, a outra, estava na segunda gestação e como afirmou ter realizado o pré natal na primeira gestação, entendeu que não seria necessário aderir a esse, na segunda gestação. A variável, nº de consultas de Pré Natal, foi elaborada pela forma como as puérperas se referiram ao número de consultas que participaram durante o pré natal. Três puérperas tiveram o acompanhamento de Alto Risco no HMIB, a maioria o realizou, no centro de saúde mais próximo de sua residência, apenas 1 informou realizar o pré natal em instituição particular. As complicações, referidas pelas mulheres, na última gestação e parto foram: placenta baixa, cardiomiopatia dilatada, lábio leporino, gestação gemelar e trabalho de parto induzido.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis do histórico obstétrico das puérperas.

Variáveis		n	%	
Paridade	Multigesta	8	40	
	Primigesta	12	60	
Partos Anteriores (múltiparas)	Normal	20	100	
	Cesárea	0	0	
Nº de consultas de Pré Natal	6	1	5	
	+ de 6	2	10	
	7	4	20	
	8	2	10	
	9	2	10	
	10	3	15	
	+ de 10	1	5	
	12	2	10	
	Não lembra	1	5	
	Não realizou	2	10	
	Local de consultas de Pré Natal	CS próximo a residência	19	90
		Particular	1	10
Gestação atual de Alto Risco	Sim	3	10	
	Não	18	90	
Complicações gestação/parto atual	Placenta baixa	1	5	
	Cardiomiopatia Dilatada	1	5	
	Lábio Leporino	1	5	
	Gestação Gemelar	1	5	
	Trabalho de parto induzido	1	5	
	Sem complicações	15	75	

O perfil das puérperas quanto ao histórico obstétrico é constituído por primíparas, em situação de baixo risco, adeptas ao pré-natal e sem complicações na gestação ou no parto. 90% das mulheres referiram realizar o pré-natal no centro de saúde mais próximo de sua residência porém, não lhe foram garantidas a definição prévia do local para o atendimento hospitalar ao parto, pois foi constatado que algumas tentaram atendimento no hospital referente a sua área de residência porém, foram encaminhadas para outros hospitais devido a falta de vagas. Esse fato pode ter colaborado na caracterização das puérperas quanto a área de residência ser distante do local onde o parto foi realizado.

Assim, de acordo com o Programa Rede Cegonha, a assistência ao pré-natal precisa universalizar a prática de definição prévia de local para atendimento hospitalar ao parto. Deve ser garantido à gestante, o encaminhamento e a vinculação à maternidade onde receberá

assistência no âmbito do SUS. Muitas mulheres, como as do estudo, ainda peregrinam para encontrar um serviço de saúde no momento do parto, o que demonstra que a rede de cuidados à mulher é fragmentada e com baixa capacidade de definição de responsabilidades sanitárias entre os distintos serviços de saúde (MANUAL..., 2011).

5.3. Categorias e subcategorias simbólicas

A primeira categoria emergida das falas das puérperas entrevistadas é designada como **Descrição do processo de parturição**, composta por três subcategorias, que favorece o entendimento da percepção sobre o processo de parturição, em que foi realçado a atenção prestada, o papel da dor e as expectativas antes e após o parto. O que pode ser percebido no quadro abaixo:

CATEGORIA 1: Descrição do processo de parturição	
Subcategorias	Unidades Temáticas
1.1. Parto com foco na atenção prestada	<p><i>“ Ah..foi o melhor parto ...tive mais apoio, a médica (enfermeira) me ajudou bastante, tive mais atenção, mais carinho...”</i></p> <p><i>“ Esse parto foi normal..foi tudo bem... a médica (enfermeira) que me atendeu foi uma pessoa boa, paciente”</i></p> <p><i>“Foi ótimo, o tratamento foi ótimo. A Dr (enfermeira) me tratou super bem.”</i></p> <p><i>“Tive toda a atenção, desde a hora que eu cheguei até agora né..foi ótimo”</i></p> <p><i>“Eu gostei..assim...fiquei um pouco medrosa né?...um pouco sem força..mas foi bom..eu gostei..”</i></p> <p><i>“Foi diferente né..mas foi boa, como foi a primeira vez minha né...graças a Deus foi todo bom. Eu gostei.”</i></p> <p><i>“Foi bom, eu gostei..”</i></p>
1.2 O papel da dor no trabalho de parto realizado pelo Enfermeiro Obstetra	<p><i>“Foi tranquilo, mas dolorido..”</i></p> <p><i>“ Foi traumatizante, só pela dor mesmo, mas o restante foi tranquilo”</i></p> <p><i>“Dolorido, não fiquei com medo, só fiquei sem força (rs), acho que é por que eu já estava sentindo muita dor.”</i></p> <p><i>“Nossa, foi muito dolorido. É uma dor..que..rs...que é boa, mas é muito dolorosa. É uma dor muito boa, mas que também...vale a pena.”</i></p> <p><i>“Só a dor que não tem jeito né...tem que suportar..mas foi bom.”</i></p> <p><i>“Tranquilo, tranquilo, apesar de doer muito, por ser parto normal né....mas foi muito tranquilo, a assistência...as meninas...foi ótimo”</i></p> <p><i>“Em relação a dor, não senti muito não, foi rapidinho, eu achei que foi rápido o meu parto.”</i> <i>“Muita emoção né, a gente sente muita emoção na hora. Mas foi ótimo.”</i></p> <p><i>“Foi ótimo, eu só senti dor de força.”</i></p>

<p>1.3.Expectativas antes e após o parto</p>	<p><i>“ Antes do parto eu senti medo, por que era um bebê grande, né...pesado..só medo mesmo...de como seria esse parto....de ficar sozinha... por que eu não tive acompanhante, vim de madrugada pra cá...então..tive medo. O que foi diferente, foi a assistência.”</i></p> <p><i>“Eu tinha receio de não conseguir normal, por dilatação ou por alguma complicação. O que foi diferente e o que eu não esperava , era que eu teria que esperar tanto...tipo..vc tem que sofrer muito pra nascer... demorou muito... demorou 16 horas...16 horas em TP, achei que seria menos tempo. Eu tive medo também de ser assistida por enfermeira, mas eu me surpreendi com a assistência.”</i></p> <p><i>“Minha expectativa era mais assim.. a gente sempre espera que nasça com saúde, que corresse tudo bem com ele..só isso... o que foi diferente, só a atenção, aqui eu tive mais atenção do que lá, lá eu não tive tanta atenção (se referindo ao outro hospital) quanto aqui.”</i></p> <p><i>“Eu também pensava que ia ser uma dor que vc faltasse morrer...pra nunca mais querer ter filho...mas não é assim...é uma dor boa..eu pensava assim..nossa vc vai morrer de dor...desmaiar..pensava mesmo!Aí eu vi que não é...é pura diferente do que o povo falou...”</i></p> <p><i>“ Eu não imaginava que a dor seria tanta...todo mundo falava..”nossa vai doer”...mas eu pensava..”é..deve dar uma dorzinha..mas logo vai passar...rápido vai dar uma dorzinha, mas logo vou ganhar...” não imagina que ia demorar tanto pra ter ela..como eu tive...pensei que ia ser mais rápido. Em relação ao atendimento...eu pedia muito pra ter um bom atendimento..de ter um bom médico ou enfermeira e teve né.”</i></p>
--	--

Quadro 2 - Distribuição das unidades temáticas a cerca da **Descrição do processo de parturição, segundo as puérperas entrevistadas.**

Na subcategoria, **o parto com foco na atenção prestada**, a maioria das entrevistadas descreveram o processo de parturição com adjetivos como tranquilo, ótimo e bom, envolvendo os sentimentos de dor, o medo e a ansiedade; porém o que se destacou foi a assistência prestada, sendo muitas vezes o foco no momento do relato das mulheres. Elas ressaltaram, durante todas as entrevistas, que foram bem cuidadas e perceberam uma abordagem carinhosa e paciente das enfermeiras obstetras ao se relacionarem com elas, o que pode ser percebido nas seguintes falas:

“Ah, foi o melhor parto... tive mais apoio, a enfermeira me ajudou bastante, tive mais atenção, mais carinho. Foi bom, eu gostei...”

“Foi ótimo, o tratamento foi ótimo. A Dr (enfermeira) me tratou super bem.”

“Tive toda a atenção, desde a hora que eu cheguei até agora né..foi ótimo”

Analisando as falas é possível perceber que os princípios humanizadores no qual a enfermagem obstétrica fundamenta suas ações no parto, proporcionaram de fato uma parturição menos sofrida e mais apreciável, em que elas tiveram a oportunidade de gostar de

parir e de serem bem tratadas, transformando o parto muitas vezes visto como um processo anormal, medonho e sofrido, em um parto mais tranquilo e digno o qual é direito da mulher.

Assim a enfermeira possui uma posição privilegiada para auxiliar a mulher nesse momento, pois é capaz de utilizar estratégias transformadoras do ambiente em que atua, traduzindo a ciência que aprendeu em moldes humanistas e levando em conta os direitos da mulher à maternidade segura e prazerosa (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Diferentemente do estudo realizado por Merighi e Gualda (2009), sobre O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetras para assistência ao parto, no qual revelou que 82% das puérperas não conheciam a identidade do profissional que realizou o parto, no presente estudo percebe-se uma grande mudança neste cenário, do total de puérperas (20), 50% (10) afirmaram com certeza que o parto foi realizado por enfermeiras, 20% (4) ficaram em dúvida entre as categorias de técnico de enfermagem e enfermeiro, 15% (3) afirmaram que foi a categoria médica e 15% (3) não souberam responder por qual profissional foram atendidas. Contudo, sabe-se que muitas vezes as formas de se referir aos profissionais de saúde utilizadas pelas usuárias são carregadas por fatores culturais, gerando uma generalização dos profissionais de saúde a médicos. Apesar da maioria das puérperas identificarem as enfermeiras obstetras, notou-se certo desconhecimento e até receio da assistência prestada por este profissional, como pode ser observada nas falas abaixo:

“Eu tive medo também de ser assistida por enfermeira, mas eu me surpreendi com a assistência.”
“Não sabia que enfermeira fazia parto, pra mim era só médico.”

O medo referido pela puérpera nos faz compreender que existe uma falta de conhecimento da profissão por parte de algumas entrevistadas, onde essas muitas vezes não sabem que existe o profissional intitulado por Enfermeiro Obstetra, que possui habilidades e competências específicas para realizar o parto assim como outros profissionais de saúde também possuem. Durante as entrevistas, foi percebido que muitas mulheres passaram a conhecer a profissão devido as enfermeiras terem se apresentado a elas, um fato determinante para a valorização da profissão e favorecimento do conhecimento da população frente a profissão de enfermagem.

Dessa forma, foi percebido que o trabalho das enfermeiras obstetras está sendo reconhecido, existindo portanto, um envolvimento de ambas as partes no processo de cuidado, fator que contribuiu para a valorização das enfermeiras por parte das puérperas.

A presença do profissional de saúde é muito importante no desenvolvimento do processo de parturição. A segurança e confiança resultantes da atuação humanizada e holística do profissional podem determinar a forma como a parturiente enfrentará o seu trabalho de parto, visto que a presença deste diminui a ansiedade e medos tão presentes no momento; e a experiência resultante influenciará o vínculo entre mãe e filho (SANTOS et al., 2013).

Dessa forma, é fundamental que não ocorra um descompasso entre discurso e a prática, e que a distância entre o que se recomenda e o que se faz, possa ser reduzida cada vez mais através da adoção de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, de forma a proporcionar às mulheres - sobretudo aquelas mais carentes - um parto verdadeiramente humanizado, permitindo que ela identifique cada membro da equipe de saúde, informando-a sobre os diferentes procedimentos a que será submetida e propiciá-las um ambiente acolhedor, esclarecendo suas dúvidas e aliviando suas ansiedades (BRASIL, 2001).

Na subcategoria, **O papel da dor no trabalho de parto realizado pelo Enfermeiro Obstetra**, observa-se que a sensação de dor ainda é bem presente entre as entrevistadas ao se reportarem ao trabalho de parto e parto, relatando uma dor de característica intensa, mas suportável e compensatória pelas sensações positivas ao verem seus filhos à partir do parto, o que demonstra sentimentos ambíguos, próprios do ciclo gravídico-puerperal, como exemplifica as falas abaixo:

“Foi tranquilo, mas dolorido ...”

“Foi traumatizante, só pela dor mesmo, mas o restante foi tranquilo.”

“Nossa, foi muito dolorido. É uma dor... que... rs... que é boa, mas é muito dolorosa. É uma dor muito boa, mas que também...vale a pena.”

“Só a dor que não tem jeito né... tem que suportar... mas foi bom.”

Segundo a International Sociedad for Study of Pain, a dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial de tecidos, entretanto sabe-se que a dor também é influenciada por fatores psicossociais e culturais, sendo de caráter individual (SARTORI et al.,2011)

De acordo com Oliveira, Rodrigues e Guedes (2011), no imaginário feminino, parir está fortemente associado ao sofrimento e a dor, que é entendido como inevitável e

necessário, pois fazem parte do processo de parto e, assim como as mulheres de antigamente, as de hoje vão experimentá-la para se tornarem mães. A tão temida dor é constante na percepção das mulheres e demonstra o quanto ela é presente nas instituições de saúde no que diz respeito ao atendimento ao parto, refletindo sua grande valorização em nossa cultura (CARRARO; FRELLO, 2010).

É importante perceber que a dor durante o trabalho de parto interfere, além da contratilidade uterina, no contexto psicoafetivo da parturiente. Embora possua natureza sensorial, a ansiedade e o medo podem aumentar a percepção de sua intensidade, uma vez que se apresenta de forma individualizada e varia de acordo com a experiência da parturiente (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Foi possível compreender que as puérperas, ao serem solicitadas a descrever os momentos vivenciados no trabalho de parto e parto, tiveram liberdade para expressar seus sentimentos sem limitações, assim a descrição de todo o processo parturitivo baseado na sensação dolorosa é evidenciado, seja ela presente ou ausente, reafirmando a dor como algo muito forte em nossa cultura. Cabe ressaltar que em algumas falas, ela se mostrou de certa forma secundária, não sendo tão importante para caracterizar o parto como a atenção prestada ou a emoção sentida que experimentaram:

“Tranquilo, tranquilo, apesar de doer muito, por ser parto normal né... mas foi muito tranquilo, a assistência... as meninas... foi ótimo.”

“Foi ótimo, eu só senti dor de força.”

“Em relação a dor, não senti muito não, foi rapidinho, eu achei que foi rápido o meu parto.”

“Muita emoção né, a gente sente muita emoção na hora.”

As falas confirmam que a dor sentida durante o trabalho de parto e parto é única para cada mulher e é influenciada por diversos fatores. Estes fatores incluem cultura, ansiedade, medo, experiência anterior de parto, preparação para o parto e o suporte oferecido durante este processo (MAMEDE et al., 2007).

No modelo tecnicista descrito por Carraro et al. (2006), o qual prioriza pela hospitalização da parturiente considerando o parto como um evento médico-cirúrgico, acrescenta-se à percepção cultural de que toda a dor é um sintoma de doença e deve ser suprimida, resultando na crença de que a dor no parto é dispensável e sem valor e deve ser tratada com equipamentos e tecnologias apropriados. Esse modelo evidencia que a dor no trabalho de parto e parto é o principal motivo que influencia negativamente o parto, no

entanto, existem estudos onde demonstram que, o alívio total da dor não necessariamente implica em uma experiência de parto mais satisfatória.

Nesse sentido, foi possível perceber que o cuidado prestado pelas EO's, influenciou diretamente em partos mais tranquilos vivenciados pelas parturientes, onde essas referiram a dor, mas principalmente por ela estar mais presente na concepção das mulheres de forma cultural, sendo assim, as puérperas puderam experimentar além da dor outros sentimentos com mais intensidade como: a emoção, a segurança, o conforto e a tranquilidade, o que influenciou em descrições positivas frente ao processo que vivenciaram, gerando uma satisfação por parte de todas as puérperas.

Assim, se a mulher sentir-se cuidada e confortada esta experiência poderá ser menos traumática, até porque, atualmente, as mulheres não temem apenas a dor no parto, elas sentem medo em relação aos cuidados que receberão, uma vez que as experiências estão repletas de atendimento impessoal e distante (CARRARO et al., 2006). Algumas falas demonstram esse medo do tratamento e dos profissionais que as mulheres enfrentarão, onde muitas referem recorrer a orações, refletindo que a cultura de que os profissionais não tratam bem as mulheres no processo de parto e trabalho de parto, também está presente em nossa sociedade:

“Eu não me enganei, eu sabia que ia doer, sabia também que eu poderia não ser bem tratada,... e eu queria muito assim... que... eu pegasse uma equipe que me tratasse bem.”

“Em relação ao atendimento eu não esperava que ia ser tão bem atendida do jeito que fui, eu fiquei insegura, a gente fica com medo, pois a gente ouve muita história né ?

“Eu tava morrendo de medo de pegar um médico ou enfermeira daqueles bem cricri!...eu pedia muito a Deus pra ter um bom atendimento... um bom médico ou enfermeira.”

Mais uma vez fica claro a importância que o profissional de saúde implica no processo de parturição, onde seu papel influencia no desenvolvimento deste. Portanto ao considerar o cuidado e o conforto durante o trabalho de parto, não se deve simplificar e considerar apenas o alívio da dor. Cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro (CARRARO et al., 2006).

Na subcategoria, **expectativas antes e após o parto**, as puérperas ao expressarem suas expectativas em relação ao parto antes desse acontecer e depois do processo de parturição, demonstraram que os fatores que mais as afligem quando se deparam com o fato de que vão

parir são: o medo da dor, de não conseguir parir, de ficar sozinha e dos profissionais que terão que enfrentar. Já em relação a vivência após o parto, muitas primíparas referiram não saber sobre o tempo de trabalho de parto e tanto as primíparas como as multíparas, se surpreenderam com o atendimento. As multíparas em especial, puderam comparar os profissionais e o atendimento do parto atual com os vivenciados anterior, predominando a percepção positiva:

“Antes do parto eu senti medo, por que era um bebê grande, né... pesado... só medo mesmo... de como seria esse parto.... de ficar sozinha... por que eu não tive acompanhante, vim de madrugada pra cá...então..tive medo. O que foi diferente, foi a assistência.”

“Minha expectativa era mais assim... a gente sempre espera que nasça com saúde, que corresse tudo bem com ele..só isso... o que foi diferente, só a atenção, aqui eu tive mais atenção do que lá, lá eu não tive tanta atenção (se referindo ao outro hospital) quanto aqui.”

“Eu me surpreendi com o bom atendimento”

“Em relação ao atendimento eu não esperava que ia ser tão bem atendida do jeito que fui, eu fiquei insegura, a gente fica com medo, pois a gente ouve muita história né...”

Nas duas primeiras falas, as entrevistadas são multíparas, fato que as permitiram fazer comparações dos profissionais, da assistência prestada e do hospital, com os de partos anteriores e podemos perceber que essas notaram uma diferença no atendimento, referindo que tiveram mais atenção. O mesmo ocorre em falas de primíparas, onde essas também referiram surpresa em um bom atendimento. O que se percebe nessas falas é o fato de que na nossa sociedade, as mulheres que vão parir, além de estarem cientes que vão sentir dor, também sabem que provavelmente serão maltratadas pelos profissionais, nos mostrando a real e atual situação de violência e desumanização presente nos hospitais do Distrito Federal, principalmente pelo fato de muitas declararem que ficaram surpreendidas com o bom atendimento.

De acordo com D’Oliveira e Schraiber (2005), são quatro formas de violência que se revelam no processo de parturição: a violência por negligência, a violência verbal e/ou psicológica, a violência física e a violência sexual, que contribuem para a construção de uma visão do parto e nascimento, por parte das mulheres, como experiências traumáticas e dolorosas.

Para Wolff e Waldow (2008), a violência pode apresentar diversas faces e é importante se atentar a um tipo de violência bastante comum, que muito ocorre no cenário das

instituições de saúde: uma violência consentida por mulheres em trabalho de parto e parto. Onde as atitudes apresentadas pelos profissionais, são consideradas desrespeitosas, todavia, parte desses profissionais a encaram como normal e parte da rotina. Por outro lado, as parturientes não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento de seu bebê, preferindo assim não se manifestar.

Algumas dessas violências foram citadas por multíparas em partos anteriores, como exemplificado na fala a seguir:

“No outro parto me senti como um objeto, e nos outros... eu fiquei sozinha... tive os dois sozinha... e só chegaram pra poder cortar o cordão umbilical, só isso”

Até mesmo primíparas ao expressarem sua vivência de parto já idealizam que poderiam sofrer algum tipo de violência caso não fossem atendidas da maneira que foram, reproduzindo as falas de outras que já tiveram partos, reforçando assim a prevalência da cultura de que os profissionais que atendem aos partos são desumanos e frios:

“Eu acho que se fosse médico não teria sido daquela forma, pois ele não ia segurar minha perna, deixar eu apertar a mão dele, de forma alguma, ele ia é dizer... “bota força você não fez?...”

Essa triste realidade nos faz entender um fato que pode contribuir para que o Centro-Oeste seja uma das regiões com a maior proporção de partos por cesárea, de acordo com os dados do Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2010), pois são tantos os casos de maus tratos citados no processo de parturição, que as mulheres preferem não correr esse tipo de risco, se anulando em seu empoderamento de parir, preferindo passar por esse momento de forma mais rápida e alienada, como descrito por Pasche et al. (2010, p.109):

“retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça a integridade da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas. A cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga deste “sofrimento”, de proteção da dignidade, já que o modelo de parto “normal” passa a ser considerado como degradante.”

Assim a luta pela humanização do parto vem crescendo e ganha força, podemos perceber nas falas de nossas puérperas, que essas já puderam experimentar o processo de parturição de forma diferente, mais humanizado e de maneira mais tranquila. Porém, nas falas seguintes pode-se notar a falta de conhecimento de primíparas frente às fases do parto:

“Eu tinha receio de não conseguir normal, por dilatação ou por alguma complicação. O que foi diferente e o que eu não esperava, era que eu teria que esperar tanto...tipo..vc tem que sofrer muito pra nascer... demorou muito... demorou 16 horas...16 horas em TP, achei que seria menos tempo. Eu tive medo também de ser assistida por enfermeira, mas eu me surpreendi com a assistência.”

“ Eu não imaginava que a dor seria tanta...todo mundo falava..”nossa vai doer”...mas eu pensava..”é..deve dar uma dorzinha..mas logo vai passar...rápido vai dar uma dorzinha, mas logo vou ganhar...” não imagina que ia demorar tanto pra ter ela..como eu tive...pensei que ia ser mais rápido. Em relação ao atendimento...eu pedia muito pra ter um bom atendimento..de ter um bom médico ou enfermeira e teve né..”

O que fica claro nessas falas é a falta de conhecimento das puérperas sobre as fases que compõe o trabalho de parto e parto que deveriam ser esclarecidas no pré-natal. Como já sabemos, no presente estudo, a maioria das mulheres tiveram pelo menos o mínimo de 6 consultas de pré-natal durante a gestação, mas percebe-se que o tempo de trabalho de parto é um dos assuntos não muito explorados pelos profissionais que atuam na área, pois são pouco reproduzidos na falas das mulheres. Durante as falas o pré-natal foi citado apenas por duas puérperas:

“No pré-natal que tinha que instruir, ninguém instruiu...”

“Eu sempre quis parto normal, daí durante a gestação eu me cuidei, andava, me alimentava bem, fazia as posições que me falaram no pré-natal...”

No presente estudo houve semelhanças com o estudo de Rios e Vieira (2007), em que aponta haver falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois constitui um paradoxo sobre o saber da mulher, visto que ao passar por uma gestação sem complicação e frequentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações na gravidez e despreparadas para vivenciar o parto.

Em muitas falas, as entrevistadas também demonstraram não saber identificar de forma correta o início de trabalho de parto ativo, se deslocando muito cedo para os hospitais.

Por outro lado, apenas uma gestante relata ter recebido uma boa assistência pré-natal, o que influenciou diretamente em sua desenvoltura no trabalho de parto, onde ela adotou posições diferentes e soube avaliar melhor como foi seu parto e o profissional que a atendeu, proporcionando a ela uma melhor vivência do seu trabalho de parto e nascimento.

Sabe-se que a atenção ao pré-natal de forma eficaz exerce um papel importante no desfecho do processo do parto e nascimento e nos índices de morbimortalidade materna e perinatal. O período do pré-natal é de preparação física e psicológica para o trabalho de parto, parto, nascimento e maternidade e, como tal, é um momento de muito aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar (DOTTO, MOULIN, MAMEDE, 2006; RIOS, VIEIRA, 2007).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, a enfermeira pode acompanhar integralmente o pré-natal de gestantes de baixo risco e é esperado que essa profissional se responsabilize pela assistência na rede básica de saúde e nos Programas de Saúde da Família. Para isso, a enfermeira, durante o seu processo de formação, deve receber treinamento das habilidades necessárias para atingir a proficiência e competência no atendimento à gestante durante o pré-natal (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

No pré-natal a(o) enfermeira(o) deve estar atenta(o) para identificar e interpretar a percepção que a gestante tem em relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo, envolvendo o ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais, por essa ser um momento único (RIOS; VIEIRA, 2007).

Portanto, o estabelecimento da escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, contribui sobremaneira para que as mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do seu filho (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Conseguir uma assistência pré-natal efetiva significa ter como um dos principais objetivos dessa assistência, a identificação de fatores que possam ajudar as mulheres a desenvolverem sua autonomia e empoderamento no momento do parto, para que essas sejam capazes de: conhecer e entender o seu corpo, saber identificar os sinais de trabalho de parto ativo, utilizar diferentes posições e métodos de alívio a dor durante o TP, além de proporcionar troca de saberes e de experiências entre as gestantes e os profissionais, incluindo também os pais ou acompanhantes escolhidos por elas.

A segunda categoria, **Descrição do cuidado prestado pelo Enfermeiro Obstetra**, dividiu-se em três subcategorias, que vislumbra a comparação à outros partos e profissionais, a valorização da comunicação e incentivo prestada e a valorização dos saberes e práticas destes enfermeiros. O quadro, abaixo, retrata as unidades temáticas que mais caracterizam estas subcategorias simbólicas:

CATEGORIA 2: Descrição do cuidado prestado pelo Enfermeiro Obstetra	
Subcategorias	Unidades Temáticas
2.1. Comparação à outros partos e profissionais	<p><i>“ fez, fez sim...por que assim..tem médico que não tá nem aí...só vê você na hora que você tá parindo, eles não...eles vem aqui toda hora, pra ver como você está, como você ficou, se já esta nascendo...foi muito bom..”</i></p> <p><i>“Fez muita diferença... ajudou, ajudou bastante,..”</i></p> <p><i>“Teve... por que ela me tratou melhor que outros... ela era calma, não era ignorante igual aos outros”... passou tranquilidade..”.</i></p> <p><i>“ É o outro foi menos humanizado... Esse eu achei mais humanizado...pela atenção....pela dedicação...”</i></p> <p><i>“Esse parto foi o melhor de todos”</i></p> <p><i>“Com essa última agora, foi o melhor, com essa enfermeira, pelo atendimento...a atenção...é...por ter sido assistida até o momento, achei mais atenciosa”</i></p>
2.2. Valorização da comunicação e incentivo prestada	<p><i>“Ela conversava comigo, tava toda hora ali me acompanhando, me acalmando, sempre quando eu chamava, ela tava ali, sempre me assistindo...então pra mim, foi o que contou muito. “Me senti muito a vontade, por que eu tava muito nervosa..na hora..então ali..no momento ela (enfermeira) me acalmou.”</i></p> <p><i>“Há..ela conversava comigo, pedia pra eu ter calma, me ajudou na hora que ele foi nascer..demonstrou mais atenção... ela ficou comigo na sala...falando comigo..e..teve paciência, ela passou uma calma né...ela conversa..ajuda a gente a manter a nossa calma, pra gente não ficar desesperada, pois quando a gente conversa, a gente se distrai, não fica pensando em tanta tensão, e acaba nascendo mais rápido também ”</i></p> <p><i>“Me senti mais a vontade com ela. Tinha outra também..todas eram muito legais..então me senti bem a vontade..”</i></p> <p><i>“O que eu mais gostei foi o incentivo que ela me dava, pra eu ter força pra conseguir fazer o parto... o incentivo mesmo”</i></p> <p><i>“Ela segurou minha cabeça..né...ficou falando.. “eu tô aqui, fica calma, você tá dando conta”... “ é isso mesmo”... “ você tá indo bem”... “ a gente tá vendo o cabelinho” ... foi todo um incentivo né ? pra gente não desistir...por mais que a gente fique com medo ali né..? mas foi ótimo..em especial nesse parto..né?”</i></p> <p><i>“Na hora do parto, a enfermeira perguntava “ qual a maneira que você está se sentindo melhor? mais confortável? ou mais segura?”...então eu que escolhi a maneira como eu ganhei a minha filha! Entendeu?...não foi dito pra eu ficar assim e pronto e vai nascer....não teve isso! Eu que escolhi. Teve todo um cuidado, uma atenção, a enfermeira conversou comigo”. Eu escolhi a posição melhor pra mim e realmente foi melhor pra mim!”</i></p> <p><i>“ elas (enfermeiras) me ajudaram muito, ficaram me incentivando e as posições que eu fiquei no trabalho de parto foram de minha escolha”</i></p>
2.3. Valorização dos	<i>“O que mais me ajudou a conseguir o parto foi o exercício que a médica</i>

saber e práticas destes enfermeiros	<p><i>(enfermeira) me passou, que era ficar em cima da bolinha, o exercício aliviou um pouquinho a dor, talvez se eu tivesse feito desde o começo, dilatava mais rápido, tinha sido mais rápido...”</i></p> <p><i>“ Fiz exercícios, ela (enfermeira) me colocou no cavalinho...fiquei andando no hospital e ela me colocou no chuveiro umas meia hora..daí que me ajudou mais, depois disso aí rapidinho cheguei aos 10cm!”</i></p> <p><i>“As enfermeiras conversavam comigo, fiquei na bola, fiquei andando, fui no chuveiro, quando fui para o chuveiro eu achei bom pois as contrações aumentaram”</i></p> <p><i>“Ela (enfermeira) me orientou né, a forma de fazer a respiração, pois eu tava respirando errado, daí me orientou a forma de eu respirar, do tempo... aí ela foi me orientando, quando a contração vinha, eu respirava da forma que ela disse e fazia força... ela soube conversar comigo, me orientar direitinho, me deixou tranquila, me passou muita segurança”</i></p> <p><i>“Ela (enfermeira) ajudou bastante, ela falava pra quando viesse a contração, pra eu fechar a respiração e fazer força pra baixo, isso me ajudou muito, pois cada vez mais a neném vinha pra baixo. Como ela(enfermeira) falou pra eu fazer as forças tudo certinho, então foi mais rápido, ela me orientou, foi muito melhor do que o primeiro”</i></p> <p><i>“ Foi boa a presença da enfermeira, ela colocou minhas pernas pra cima e mandou eu forçar né....daí quando vinha a dor eu fazia isso...isso foi o que mais gostei...ela me ajudou muito na hora do parto..falava pra eu ficar relaxada..assim...respirar fundo...soltar...”</i></p> <p><i>“ela falou pra eu ficar de joelho pra facilitar né...? em cima da cama, mas eu achei melhor mudar de posição. Tive liberdade para mudar de posição.”</i></p>
-------------------------------------	---

Quadro 3 - Distribuição das unidades temáticas a cerca **Descrição do cuidado prestado pelo Enfermeiro Obstetra, segundo as puérperas entrevistadas.**

Essa categoria nos remete aos questionamentos realizados pela pesquisadora sobre o atendimento que as puérperas receberam durante o trabalho de parto e parto, e se a enfermeira fez diferença no atendimento de forma que contribuísse para que essas tivessem seus filhos. Ao responderem, a maioria das puérperas referiram que as enfermeira fizeram essa diferença no momento do parto, ajudando-as de várias formas como: estando presente durante todo o parto, estabelecendo uma comunicação efetiva, dando orientações sobre as posições, como respirar e como proceder durante as contrações, gerando as três subcategorias descritas acima.

Na subcategoria, **comparação à outros partos e profissionais**, as mulheres se referem ao atendimento realizado pelas enfermeiras obstetras destacando as diferenças existente neste atendimento. Uma nova comparação das vivências de partos anteriores e dos profissionais, por parte de algumas multíparas, foi inevitável bem como permitiu também uma avaliação do atendimento de maneira geral, onde algumas referiram que foi o melhor parto que tiveram:

“Fez, fez sim...por que assim..tem médico que não tá nem aí...só vê você na hora que você tá parindo, eles não...eles vem aqui toda hora, pra ver como você está, como você ficou depois do parto...foi muito bom isso...”

“Fez muita diferença... ajudou, ajudou bastante,..”

“Teve diferença... por que ela me tratou melhor que outros... ela era calma, não era ignorante igual aos outros... me passou tranquilidade...”

“É o outro foi menos humanizado... Esse eu achei mais humanizado... pela atenção....pela dedicação...”

“O meu melhor parto foi com essa última agora, com essa enfermeira, pelo atendimento... a atenção...e por ter sido assistida até o momento, achei mais atenciosa”

“Esse parto foi o melhor de todos”

São muitas as falas que demonstram um atendimento diferenciado por parte das enfermeiras obstétricas, principalmente quando as mulheres já passaram pela experiência de parto com outros profissionais e puderam assim responder com mais subsídios se o atendimento foi realmente bem feito durante o parto.

Assim como no estudo de Oliveira, Rodrigues e Guedes (2011), onde o resultado de sua pesquisa afirma que as enfermeiras e os demais profissionais envolvidos no cuidado, demonstraram interesse em não permitir que as parturientes se percebessem sozinhas, demonstrada por falas como: “conversar, não deixar sozinha e dar atenção”, o mesmo foi percebido no presente estudo.

É importante perceber nas falas de duas puérperas, a atenção ao fato de experimentarem um atendimento que foi além do parto, onde a atenção prestada pelas enfermeiras que realizaram seus partos, não se esgotou no momento do término desses, a continuidade do atendimento dessa mesma profissional no Alcon/maternidade, foi visto como de grande importância por essas mulheres, nos fazendo repensar sobre a lógica de atendimento que é realizado nos Centros Obstétricos e Maternidades dos hospitais atualmente, onde existe uma separação estrutural e também do profissional que realizou o parto.

A interação e a formação de vínculo da puérpera com a profissional que realiza o parto é muito forte e a continuidade do atendimento se mostra muito importante na visão das puérperas, onde muitas valorizaram esse tipo de cuidado como podemos perceber na fala de outra puérpera a seguir:

“Ela me ajudou em todos os momentos, como se fosse uma colega, uma amiga minha ali... Acompanhou a todo o momento, depois ela saiu do plantão dela e ela ainda voltou pra saber como eu estava. Hoje de manhã

também, a primeira coisa que ela fez foi ir lá ver como eu estava. Muito profissional, muito, muito mesmo.”

O carinho e atenção, reconhecidos pelas usuárias na abordagem realizada pelas EO's, pôde estabelecer um vínculo entre o serviço e o usuário, o que atende a um dos princípios do acolhimento. De acordo com Brasil (2001), reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento, o que permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e este percebendo as necessidades da mulher, tem a capacidade de lidar melhor com o processo do nascimento, permitindo também relações menos desiguais e menos autoritárias.

Neste sentido, este é um aspecto importante e essencial da política de humanização que implica em uma relação humana e atenta, na qual lhes é garantida a responsabilidade por parte da equipe na resolubilidade dos problemas identificados, articulando-se com outras unidades para dar a continuidade à assistência, caso se faça necessário (PROJANTI; CAIXEIRO-BRANDAO, 2012). Aqui o principal desafio é prestar um cuidado continuado, onde se faz necessário reorganizar o processo de trabalho, identificando as demandas do cliente e reorganizando o serviço de forma que a EO que assistiu ao parto possa também participar dos momentos que o sucedem dentro da maternidade.

O cuidado deve ser visto como um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que buscam a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, e dignidade considerando o indivíduo em sua totalidade. Para isso, o profissional deve incorporar em seu cuidado práticas que contribuam para que a mulher vivencie o processo do parto e maternidade de maneira prazerosa (NASCIMENTO et al., 2010).

Na subcategoria, **valorização da comunicação e incentivo prestada**, a maioria das entrevistadas relatou que durante o trabalho de parto propriamente dito, as EO's conversaram e acompanharam de perto todo o processo de parturição. A constante comunicação referida pelas puérperas foi expressa como um item de extrema importância, influenciando beneficemente para o desenvolvimento do parto, proporcionando mais calma, tranquilidade e liberdade para as mesmas. Outro fato que foi julgado pelas mulheres como fundamental para que essas conseguissem ter seus filhos da melhor forma, foi o incentivo que as EO's proporcionaram a elas e a liberdade de mudanças de posição, como podemos perceber nas falas:

“Me senti mais a vontade com ela. Tinha outra também..todas eram muito legais..então me senti bem a vontade..”

“Ela(enfermeira) não saia de perto de mim não, o tempo todo ficou perto de mim” “ eu nervosa com as dores, ele me acalmava, conversava direitinho.”

“O que eu mais gostei foi o incentivo que ela me dava, pra eu ter força pra conseguir fazer o parto... o incentivo mesmo.”

Nas falas a seguir o que se destaca é a comunicação terapêutica estabelecida pelas EO's durante todo o processo parturitivo, o que refletiu em uma maior liberdade sentida pelas puérperas, onde essas puderam ser ouvidas e desabafar em meio às etapas do trabalho de parto, mantendo-as mais calmas e seguras, além disso, algumas referiram que puderam se descontraír com a conversa, proporcionando assim um maior conforto e melhor progressão do parto:

“Ela conversava comigo, tava toda hora ali me acompanhando, me acalmando, sempre quando eu chamava, ela tava ali, sempre me assistindo... então pra mim, foi o que contou muito. “Me senti muito a vontade, por que eu tava muito nervosa... na hora...então ali... no momento ela (enfermeira) me acalmou.”

“Há...ela conversava comigo, pedia pra eu ter calma, me ajudou na hora que ele foi nascer..demonstrou mais atenção... ela ficou comigo na sala...falando comigo...e..teve paciência, ela passou uma calma né...ela conversa..ajuda a gente a manter a nossa calma, pra gente não ficar desesperada, pois quando a gente conversa, a gente se distrai, não fica pensando em.... tanta tensão, e acaba nascendo mais rápido também.”

Sabe-se que a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem e ela deve estar presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para informar, orientar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. A comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (CIANCIARULLO, 2003).

Neste sentido, entende-se que é por meio da comunicação que as pessoas podem expressar seus sentimentos, suas crenças e culturas, relacionar-se e satisfazer suas necessidades. Assim, mediante os vínculos estabelecidos entre a enfermeira e a paciente, o trabalho da enfermagem é otimizado e o paciente é beneficiado. É por meio dessa relação de troca, que se pode compreender o paciente de uma forma holística, isto é, o seu modo de pensar, sentir e agir (STEFANELLI, 1993).

A interação entre a(o) enfermeira(o) e a parturiente pode ser uma relação de cuidado, na qual o diálogo não é simplesmente uma ação isolada de passagem da informação, mas um

ato de cuidar, pois por meio dele pode-se acalmar, reduzindo parte do estresse vivenciado durante o processo parturitivo (SANTOS et al., 2011).

De acordo com Pontes, Leitão e Ramos (2008), para que a comunicação flua, a enfermeira deve primeiramente saber escutar, saber o momento de falar, deve estar aberta para os questionamentos, ser honesta, demonstrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e sempre demonstrar interesse no outro. A comunicação passa a ser uma ação planejada e individualizada e não simplesmente uma troca de mensagens intuitivas e impulsivas entre a enfermeira e o paciente. Existem guias e técnicas que podem ser utilizados para tornar essa comunicação, de fato, terapêutica.

A enfermeira, a partir da comunicação estabelecida com a paciente pode; identificar as reais necessidades, informar sobre os procedimentos que serão realizados ou situações que a paciente deve saber, promover o relacionamento da paciente com outras pacientes, com a equipe multiprofissional e com os familiares e além disso, promove educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

De acordo com Nascimento et al. (2010), uma assistência humanizada se configura por saber ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto normal, nos levando a refletir que no ambiente de parto, essa comunicação terapêutica deve sempre existir, a mulher deve ser ouvida e ter suas necessidades supridas, pois este se configura um momento único em suas vidas. Como podemos perceber nas falas, essa relação de troca foi de fato estabelecida, permitindo a elas um trabalho de parto e parto verdadeiramente humanizado.

Já nas seguintes falas, outro ponto considerado importante pelas mulheres e que as ajudaram a ter forças durante o período expulsivo foi o incentivo que as EO's às proporcionaram:

“O que eu mais gostei foi o incentivo que ela me dava, pra eu ter força pra conseguir fazer o parto... o incentivo mesmo”
“Ela segurou minha cabeça..né...ficou falando..”eu estou aqui”... “fica calma”... “você tá dando conta”... “é isso mesmo”... “você tá indo bem”... “a gente tá vendo o cabelinho”... foi todo um incentivo né ? pra gente não desistir...por mais que a gente fique com medo ali...né..? mas foi ótimo..em especial nesse parto..né?...”

Essa forma de incentivo empregada pelas EO's foi percebida pelas parturientes e ultrapassou a atenção e as orientações dispensadas, configurando-se em encorajamento, que além de auxiliar a vivência desse período, contribuiu com a potencialização do poder dessas mulheres na condução do parto.

A maneira como o trabalho de parto deve ser conduzido é uma decisão da mulher; ao profissional cabe o papel de suporte ao processo parturitivo, conferindo a ela a possibilidade de escolher o que melhor lhe convém, em um momento onde ela é a protagonista. A possibilidade de escolha quanto ao cuidado oferecido pôde ser evidenciada nas falas a seguir:

“Na hora do parto, a enfermeira perguntava “ qual a maneira que você está se sentindo melhor? mais confortável? ou mais segura?”....então eu que escolhi a maneira como eu ganhei a minha filha! Entendeu?...não foi dito pra eu ficar assim e pronto e vai nascer....não teve isso! Eu que escolhi. Teve todo um cuidado, uma atenção, a enfermeira conversou comigo”. Eu escolhi a posição melhor pra mim e realmente foi melhor pra mim!”
“Elas (enfermeiras) me ajudaram muito, ficaram me incentivando e as posições que eu fiquei no trabalho de parto foram de minha escolha.”
“Ela falou pra eu ficar de joelho pra facilitar né...? em cima da cama, mas eu achei melhor mudar de posição. Tive liberdade para mudar de posição.”

Em comparação com o estudo de Quitete e Vargens (2009), percebe-se nas falas, o poder libertador dos cuidados de enfermagem citado pelos autores onde esses, permitiram outras possibilidades durante o trabalho de parto e facilitaram que as capacidades existentes fossem desenvolvidas e utilizadas. As escolhas da melhor posição para duas parturientes, lhes conferiram um empoderamento no qual elas tiveram oportunidade de exercer o protagonismo de seus partos, as perguntas realizadas pela enfermeira permitiram a elas, a tomada de decisão, as ações de acordo com suas vontades, e assim a percepção de seus próprios sentimentos durante o processo parturitivo. O poder torna-se libertador sempre que os cuidados de enfermagem permitem às usuárias utilizarem o poder que possuem, mobilizando aquilo de que são capazes.

O processo de empoderamento da mulher no campo obstétrico traz uma nova concepção de poder, onde novas formas de responsabilidades são adquiridas, nas quais essas podem ser compartilhadas ou coletivas e de tomada de decisões, quando envolve não só a consciência do indivíduo, mas uma ação ampla e coletiva com o propósito de alcançar transformações sociais (COSTA, 2008).

O estudo de Mouta et al. (2008), mostrou que a escolha da posição vertical pelas parturientes nos partos, assistidos por enfermeiras obstétricas, resultaram em índice menor de episiotomia, as lacerações perineais, quando ocorreram, foram em sua maioria de primeiro grau e o escore de Apgar no primeiro e quinto minutos foram sempre superiores a sete, reforçando que o processo de empoderamento deve ser encorajado nos partos hospitalares. Assim, as mulheres passam a ter liberdade de escolha frente às posições diferenciadas durante o período expulsivo, o que influencia em partos menos intervencionistas, que protegem a integridade da mulher e do bebê, melhorando também os indicadores de qualidade dos serviços obstétricos.

Dessa forma, o empoderamento aqui discutido, possui um conteúdo denso e abrangente, pois influencia tanto no bem estar físico quanto emocional e social da mulher. A valorização e o apoio oferecido à mulher nesse momento trazem benefícios que refletem psicologicamente, reforçando a sua capacidade de assumir o papel de mãe, produzindo efeitos na sua autoestima (LOPES et al., 2005).

De acordo com Peterson (1996), são vários os fatores que contribuem para isso: a participação ativa e as tomadas de decisões no processo do parto; a percepção de que seus sentimentos são respeitados por quem presta a assistência; a sensação de que estão bem preparadas para o parto e para a maternidade, com um senso de domínio de suas estratégias de enfrentamento; que seja vista como alguém que está fazendo o melhor que pode; que tenha amplas oportunidades de expressar seus sentimentos sobre a maternidade, sobre o próprio nascimento, sobre os partos da sua própria mãe e sobre qualquer experiência prévia de gravidez e parto.

Assim, a assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente. A informação dada à parturiente é um fator relevante que contribui para isso, sendo a principal base para que ela tenha liberdade de escolha ou recusa a qualquer procedimento relacionado a seu corpo. Assim, esta informação deve ser acessível, adequada, precisa, adaptada ao nível sociocultural e cognitivo da parturiente e seu acompanhante. Se não houver informação com qualidade, o direito de decidir adequadamente torna-se inexistente (MACHADO; PRAÇA, 2005).

Neste sentido, além da informação proferida pelo profissional, o modelo humanístico, valoriza muito a informação das usuárias com intuito de promover empoderamento e partilhar as responsabilidades. É o que se chama de coparticipação ou sociedade no cuidado. O

empoderamento também é considerado como apropriação de direitos para o exercício da cidadania, pois somente assim os direitos serão percebidos, conquistados ou negociados, sendo importantíssimo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde existentes (QUITETES; VARGENS, 2009).

Na subcategoria, **valorização dos saberes e práticas destes enfermeiros**, foi percebida a importância dos saberes e práticas que as EO's proporcionaram às mulheres durante o trabalho de parto e parto, no que diz respeito às estratégias utilizadas no manejo do parto e exercícios adotados. A maioria das mulheres reconheceram o estímulo à movimentação corporal, como uma prática da enfermeira obstetra e valorizaram esse tipo de conduta. A movimentação corporal foi estimulada das seguintes formas: utilização do banho de imersão, massagens, deambulação, estimulação a realização de alguns exercícios físicos na bola e cavalinho. Como manejo do parto, as EO's utilizaram/ estimularam as diferentes posições no trabalho de parto e parto e técnicas de respiração:

“Fiz exercícios, ela (enfermeira) me colocou no cavalinho...fiquei andando no hospital e ela me colocou no chuveiro umas meia hora..daí que me ajudou mais, depois disso aí rapidinho cheguei aos 10cm!”

“Ela(enfermeira) não saía de perto de mim não, o tempo todo ficou perto de mim” “ela falou pra eu ficar de joelho pra facilitar né...? em cima da cama, mas eu achei melhor mudar de posição. Tive liberdade para mudar de posição.”

“Ela (enfermeira) me orientou né, a forma de fazer a respiração, pois eu tava respirando errado, a enfermeira que me falou, a que fez meu parto, orientou a forma de eu respirar, do tempo... aí ela foi me orientando, quando a contração vinha, eu respirava da forma que ela disse e fazia força...”

São várias estratégias que podem ser utilizadas para favorecer o trabalho de parto, algumas baseadas em evidências científicas, outras não. Essas técnicas têm o objetivo de resgatar o caráter fisiológico do processo de nascimento através do fortalecimento do corpo da parturiente e também são utilizadas como métodos de alívio da dor, percebemos que em algumas falas o uso do cavalinho, da bola, a deambulação e o banho de aspersão foram estratégias de boa aceitação e de contribuição para o bom desenvolvimento do trabalho de parto na visão das puérperas:

“O que mais me ajudou a conseguir o parto foi o exercício que a médica (enfermeira) me passou, que era ficar em cima da bolinha, o exercício

aliviou um pouquinho a dor, talvez se eu tivesse feito desde o começo, dilatava mais rápido, tinha sido mais rápido...”

“ Fiz exercícios, ela (enfermeira) me colocou no cavalinho...fiquei andando no hospital e ela me colocou no chuveiro umas meia hora..daí que me ajudou mais, depois disso aí rapidinho cheguei aos 10cm!”

“As enfermeiras conversavam comigo, fiquei na bola, fiquei andando, fui no chuveiro, quando fui para o chuveiro eu achei bom pois as contrações aumentaram”

As falas das puérperas comprovam que o trabalho de parto foi de fato mais rápido a partir do momento que elas aderiram à movimentação, seja na deambulação, usando a bola ou o cavalinho. As puérperas foram capazes de perceber por si próprias os benefícios ao se adotar os exercícios oferecidos pelas EO's. Estudos revelam que, fisiologicamente, é significativamente melhor para a mãe e para o feto, quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, isso pois, o útero contrai de forma mais eficaz, o fluxo sanguíneo movido através da placenta para o bebê é mais abundante, o trabalho de parto é mais curto e a dor é diminuída (OSAVA, 1997; SABATINO, DUNN, CALDEYRO-BARCIA, 2000).

A terapia da mobilidade, como a deambulação, uso da bola suíça e o cavalinho, que foram citados pelas puérperas, são técnicas utilizadas para o alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, proporcionando maior relaxamento, melhor progressão do trabalho de parto e principalmente menor consumo de analgésicos e anestésicos (SILVA; STRAPASSON; FISCHER, 2011).

Com relação a deambulação durante o trabalho de parto, estudos já comprovaram que os efeitos desse exercício em primigestas, especialmente durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, está associada ao encurtamento do trabalho de parto (MAMEDE et al., 2007). Outra investigação, realizada com nulíparas em trabalho de parto, com o objetivo de avaliar o efeito da deambulação durante o trabalho de parto, revelou que a deambulação estava associada a um índice reduzido de partos operatórios e uso menos freqüente de analgesia narcótica (ALBERS et al., 1997).

O uso da bola suíça também é relatado pelas puérperas e existe comprovação científica que a utilização da bola ajuda na progressão do trabalho de parto. Entre os principais benefícios trazidos por exercícios com a bola na gravidez e no trabalho de parto estão: a correção da postura, o relaxamento e alongamento e o fortalecimento da musculatura. Durante a realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada), os músculos que

compõem o assoalho pélvico como os levantadores do ânus, o pubococcígeos e a fáschia da pelve, são trabalhados. Assim a movimentação suave da pelve promove o relaxamento da musculatura, que associada à ampliação da pelve auxilia na descida da apresentação fetal no canal de parto (SILVA et al., 2011).

O banho de chuveiro relatado pelas parturientes, assim como no estudo de Davim et al. (2011), foi descrito como uma estratégia que influenciou na progressão do trabalho de parto, onde duas puérperas afirmam que suas contrações aumentaram após o banho. De acordo com a autora, foi concluído que essa estratégia é efetiva no alívio da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto, onde ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” à aplicação do banho de chuveiro nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, verificou-se diferença significativa no alívio da dor após aplicação dessa estratégia, demonstrando uma redução na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino, sendo maior aos 8 cm e menor aos 9 cm.

A água é um elemento da natureza relaxante e é uma terapia recomendada quando a mulher está com cinco a seis centímetros de dilatação, para que não haja desaceleração do trabalho de parto. Na prática observa-se que o banho de aspersão ou de imersão, geralmente, deixam as parturientes mais calmas e além de ser um fator determinante no alívio da dor, a parturiente tem a oportunidade de vivenciar um momento em que ela possa voltar para si mesma, deixando aflorar as funções primitivas do seu cérebro (MACEDO et al, 2005).

A massagem é outro tipo de método não farmacológico de alívio da dor importante e que deve ser utilizado. Durante as entrevistas, a prática de massagem foi citada apenas por uma puérpera, assim, esse tipo de estratégia, parece não ser muito utilizada pelas EO's. A prática de massagens manuais, com uso de bola de tênis, a automassagem e massagens praticadas pelo acompanhante, são ótimas, pois favorecem o envolvimento do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, contribuindo para o conforto da mulher. A massagem é uma terapêutica simples, de baixo custo, que quando associada à respiração, posição e deambulação, passa a ser uma estratégia de grande valia no processo de nascimento (SILVA; STRAPASSON; FISCHER, 2011).

Portanto, o conforto físico da parturiente durante o trabalho de parto pode ser garantido por meio do uso das terapias complementares como a cromoterapia, as massagens, o banho de chuveiro ou banheira, o uso da bola suíça ou de nascimento, a musicoterapia, a hidroterapia e técnicas de respiração que são métodos alternativos para o alívio da dor durante

o trabalho de parto, bastante utilizados pelas enfermeiras obstetras e que devem ser incorporados o mais cedo possível aos programas educacionais, a nível de pré-natal (DAVIM et al, 2011).

O objetivo das estratégias utilizadas pelas EO's, deve ser o de ajudar na integração dessas terapias do cuidado de enfermagem em mulheres no seu processo de parir, garantindo-as a autonomia, tomando sempre o cuidado de estar refletindo sobre seus atos e ações, para que esses não caiam na rotina de serem impostos às mulheres.

Na terceira categoria, **Descrição do papel do acompanhante no parto**, foi destacada a valorização da presença do acompanhante e da reação do acompanhante com o Enfermeiro Obstetra, em duas subcategorias, a partir de unidades temáticas como descrito no quadro abaixo:

CATEGORIA 3: Descrição do papel do acompanhante no parto	
Subcategorias	Unidades Temáticas
3.1 Valorização da presença do acompanhante	<p><i>“ O que mais gostei foi de ela (sogra) poder ficar comigo, me ajudou muito..eu fiquei com medo...e ela do meu lado, fiquei mais segura...”</i></p> <p><i>“tive acompanhante, minha mãe..teve isso também, que acabou me dando força também..me ajudava...”</i></p> <p><i>“Com certeza foi bem melhor, tendo ela (mãe) ali do meu lado me ajudando, foi melhor ainda, nos outros eu fiquei sozinha.”</i></p> <p><i>“ eu queria meu marido, mas ele não dava conta não (risos), daí já que não ia ser ele eu queria que fosse ela (mãe). Eu achei bom, minha mãe me acompanhou e era o que eu queria..que ela acompanhasse meu parto, ela acompanhou, foi o que eu estava querendo.”</i></p>
3.2 Valorização da relação do acompanhante com o Enfermeiro Obstetra	<p><i>“Uma passava calma na frente...e a outra segurando a mão ali do lado..é bem melhor..a gente se sente mais confiante.”</i></p> <p><i>“minha mãe segurou numa perna minha, praticamente botou força comigo, tava até reclamando de dor no braço e até a enfermeira fez a mesma coisa que ela fez, segurou a outra, deixou eu apertar a mão dela, me ajudou bastante, então pra mim fez diferença”</i></p>

Quadro 4 - Distribuição das unidades temáticas a cerca **Descrição do papel do acompanhante no parto, segundo as puérperas entrevistadas.**

Essa categoria é uma reflexão do papel do acompanhante durante todo o processo de parturição, que foi um dos pontos referidos como mais satisfatórios pelas puérperas no processo de parto, gerando duas subcategorias. A maioria das entrevistadas relataram possuir acompanhante durante todo o trabalho de parto e parto, além da presença constante da enfermeira obstetra que interagiu diretamente com os mesmos. Em relação ao sexo, todas as acompanhantes eram do sexo feminino, a maioria delas, era mãe da parturiente e em nenhum dos casos o pai foi o acompanhante.

Na subcategoria, **valorização da presença do acompanhante**, observou-se que a presença constante do acompanhante, escolhido pela mulher, no trabalho de parto e parto foi essencial para o bom desenvolvimento deste e foi muito valorizada na percepção das mulheres, pois permitiram que elas se sentissem mais seguras, menos sozinhas e mais calmas. As falas a seguir exemplificam o quanto a participação do acompanhante, como recurso para o conforto, representa um apoio importante, pois dá às mulheres a segurança de uma presença familiar:

“O que mais gostei foi de ela (sogra) poder ficar comigo, me ajudou muito..eu fiquei com medo...e ela do meu lado, fiquei mais segura...”

“Tive acompanhante, minha mãe..teve isso também, que acabou me dando força também..me ajudava...”

“Com certeza foi bem melhor, tendo ela (mãe) ali do meu lado me ajudando, foi melhor ainda, nos outros eu fiquei sozinha.”

Nas falas pode-se perceber que a acompanhante proporciona mais segurança e menos medo ao enfrentamento do parto. Para cada mulher, o acompanhante contribuiu positivamente de uma determinada forma, seja oferecendo conforto, disposição, amparo ou confiança. O mesmo foi encontrado no estudo de Oliveira et al. (2011), que analisou a percepção de puérperas acerca da presença/participação do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, e pode verificar que, a importância da participação do acompanhante no processo de nascimento centrou-se na minimização dos sentimentos de solidão que se somavam às dores das parturientes.

Em um estudo realizado por Pitombeira et al. (2009), foi verificado as principais justificativas nas quais a maioria das puérperas consideraram importante a presença do acompanhante, entre elas estão: o suporte emocional, o conforto físico, o suporte de informações, a defesa, o compartilhamento de experiências e a facilitação do parto. Assim a presença de pessoas conhecidas além de oferecer um conforto físico e mental, ajudam também no processo de empoderamento proporcionando às parturientes uma maior liberdade de expressão no enfrentamento do parto, pois muitas vezes quando as mulheres são assistidas por desconhecidos, podem se sentir vulneráveis e tendem a se calar.

Para Carraro e Frello pag. 144 (2010), ter alguém ao seu lado, para uma orientação ou apenas segurar-lhe a mão, é algo que para a parturiente “traduz-se como apoio, conforto, alívio, carinho, segurança e encontrar ânimo”.

Assim, o papel do acompanhante é definido como fundamental para o suporte emocional da mulher. É uma das maneiras de a mulher encontrar forças para levar o trabalho de parto e parto de forma mais tranquila, diminuindo a ansiedade, e, assim, tornar o nascimento o mais “natural” possível (NASCIMENTO et al, 2010).

De acordo com Nakano et al. (2007), estudos comprovam que o apoio contínuo no trabalho de parto, além de beneficiar emocionalmente a mãe, contribui para a redução das taxas de cesárea, do trabalho de parto e parto e incentiva o aleitamento precoce.

Ao analisar o perfil das acompanhantes escolhidas, em que todas eram do sexo feminino, vários estudos demonstram esse mesmo perfil. Nakano et al. (2007), verificou que 75% era do sexo feminino e 25% eram do sexo masculino. Entende-se que esse fato se configura por uma cultura arraigada no ideário das puérperas na qual, histórica e essencialmente, a figura feminina faz parte do processo de parto, enquanto o homem é uma figura mais distante. Outra justificativa pode ser o fato de que alguns hospitais possuem normas onde o homem não pode ser o acompanhante, devido o risco à exposição das outras parturientes, caso o ambiente não seja favorável, além de dar mais “trabalho” para os profissionais.

A importância da participação paterna no processo parturitivo para as mulheres é explicado por Hotimsky e Alvarenga (2002), utilizando duas vertentes como justificativas. Na primeira vertente, a presença do pai implicaria em uma aproximação com o contexto do 'casal grávido', valorizando a indiferenciação em relação aos papéis conjugais, que são as bases de uma família moderna. Já na segunda vertente, enfatiza-se que a presença do pai, faz com que as mulheres se sintam mais valorizadas por eles, visto que eles presenciam todas as etapas do processo parturitivo, compartilhando os medos e sofrimentos vivenciados pelas mulheres, o que pode reforçar os valores tradicionalistas.

Assim, respeitar a escolha da mulher sobre seu acompanhante se constitui uma prática baseada em evidências científicas, que comprovam sua utilidade devendo ser sempre apoiada e estimulada pelos serviços de saúde. É importante perceber que o acompanhante na sala de parto constitui um dos métodos não farmacológicos para a redução da dor, seja ele escolhido pela própria mulher ou por outra pessoa treinada para tal, como a doula, que são profissionais que ficam “a serviço da mulher” durante o trabalho de parto e parto que contribuem na assistência à parturiente.

No momento da realização da entrevista uma das acompanhantes, mãe da puérpera, ao perceber que estava sendo uma entrevista gravada, pediu a palavra e falou sobre sua experiência, onde ela compara os outros partos de sua filha com o atual:

“eu vi ele nascendo, os outros dois eu não vi, fiquei do lado de fora...angustiada, nervosa, e ela lá também, lá dentro só Deus...ela sabendo que eu tô lá, mas não do lado dela...aqui eu fiquei do lado dela, vi ele nascendo, dei força pra ela, dei carinho...é diferente!”

Nota-se na fala, a importância do acompanhamento na visão da acompanhante, onde essa percebeu o benefício que proporcionou para a filha e para si mesma. O vínculo afetivo estabelecido neste contexto se torna mais forte, a família tem a oportunidade de se perceber mais unida, pois compartilham um momento especial, carregado de sentimentos frente a chegada de um novo membro.

Assim, para Oliveira et al. (2011), a escolha do acompanhante para vivenciar o nascimento do filho ultrapassa o significado de apenas uma companhia, pois o que se verifica é a importância que as mulheres atribuíram ao vínculo afetivo do trinômio, mãe, filho e acompanhante. O sentimento de confiança, na pessoa escolhida é o pré-requisito, pois, para elas, o nascimento deve ser compartilhado com alguém que perceba a singularidade do momento, considerado tão especial.

Na subcategoria **valorização da participação ativa do acompanhante e sua relação com o Enfermeiro Obstetra (EO)**, é possível observar uma reflexão sobre a presença ativa do acompanhante no trabalho de parto e parto e sua relação com as EO's. Percebe-se nas falas, que além da companhia, foram as atitudes do acompanhante que fizeram a diferença na valorização deste pela mulher e o relacionamento deste com a EO's, proporcionou uma assistência mais completa, efetiva e humanizada.

Sabe-se que somente a presença do acompanhante não se constitui, em si, uma forma de suporte, mas suas atitudes e contribuições ativas no processo parto, que demonstram a real diferença e benefício para a parturiente (OLIVEIRA et al, 2011). Na fala de uma das puérperas a seguir, percebe-se a presença ativa da acompanhante e sua interação com a EO:

“Minha mãe segurou numa perna minha, praticamente botou força comigo, tava até reclamando de dor no braço e até a enfermeira fez a mesma coisa que ela fez, segurou a outra, deixou eu apertar a mão dela, me ajudou bastante, então pra mim fez diferença”

A valorização do acompanhante pelas puérperas foi percebida não apenas quanto ao estar próximo, mas também pelo fato de a mãe ter “colocado força” junto com ela, fazendo-a sentir que a acompanhante estava realmente inserida nos seus cuidados, contribuiu de forma singular para que ela tivesse uma melhor visão do seu parto. Além disso, para ela, a relação mais próxima com a EO, onde ela compara as atitudes dessa, com as atitudes de sua mãe e refere que a enfermeira “deixou apertar a mão dela”, também foram ações que fizeram a diferença na forma como foi assistida e cuidada durante seu parto.

Percebe-se aqui que a enfermeira abriu espaço para a acompanhante realizar ações em conjunto com ela no momento do parto, evidenciando uma percepção diferenciada do profissional, onde este foi capaz de perceber as necessidades da puérpera, acolher a acompanhante e inseri-la como indivíduo atuante no processo de parto. Já no estudo de Nakano et al. (2007), a visão do acompanhante em relação a sua atuação durante o processo de parturição, se mostrou necessária de maior atuação e mais espaço, pois estes às vezes, sentem-se intimidados pelos profissionais de saúde, desestimulados de participar, lhe cabendo o papel de apenas fiscalizadores da assistência obstétrica.

Para Scavone (2004), a participação do acompanhante mostra-se limitada pelas bases do saber técnico e científico. A estrutura lógica deste saber, determina como cada envolvido deve se comportar. Essa condição reforça o saber-poder do profissional de saúde, que não tem uma visão integral e humanizada, em detrimento de qualquer participação ativa da mulher e do acompanhante no processo de parturição, restringindo-se ao papel de "não atrapalhar".

Assim, para que a relação do profissional para com o acompanhante seja de troca de benefícios e saberes, cabe ao profissional de saúde: saber acolher o acompanhante da melhor forma, instruir sobre as ações que este pode realizar durante o trabalho de parto, direcionar e delegar funções, mostrando-se aberto aos questionamentos, principalmente àqueles frente aos procedimentos que serão realizados, tendo assim uma conduta aberta, comunicativa e instrutora.

Para Frello e Carraro (2010), a presença da equipe, próxima das mulheres, assim como a de um acompanhante de sua escolha, são evidenciadas como fatores confortantes. Analisando a fala a seguir, nota-se:

“Uma passava calma na frente (se referindo a enfermeira)... e a outra segurando a mão ali do lado..é bem melhor..a gente se sente mais confiante.”

O fator confortante se traduziu em autonomia, confiança e tranquilidade e, além disso, ela foi capaz de perceber a importância de cada sujeito presente e atuante no seu parto, identificando as contribuições de cada um em especial.

De acordo com Oliveira et al. (2011), o acompanhante passa a apresentar atitudes como o interesse pelos sentimentos da mulher e o toque, representado pelo ato de segurar a mão. Além dessas atitudes, outras podem ser realizadas, como massagens, auxílio no banho de aspersão/imersão, na deambulação e encorajamento no período expulsivo.

Neste contexto, são várias as condutas que o acompanhante pode realizar durante o trabalho de parto e parto. Para Enkin et al. (2005), o acompanhante escolhido poderá participar das atividades de manejo da dor, manter o contato visual e físico, passar informações, elogiar e incentivar a parturiente. Cabe à equipe de saúde, respeitar essa escolha e auxiliar nesse suporte sempre que necessário.

Portanto, no processo de parturição, a enfermeira é mediadora entre a gestante, seus acompanhantes, os profissionais que participam no atendimento e a instituição hospitalar, além de ser responsável por detectar as necessidades de cuidado. Assim a presença e a participação do acompanhante no processo de parturição provocam mudanças na postura dos profissionais diante da parturiente e da assistência.

Uma atuação centrada nas necessidades da parturiente, que seja aberta e instrutiva, que permita uma boa relação entre a mulher, o acompanhante e os profissionais de saúde e que esses sejam capazes de promover o incentivo aos acompanhantes a serem participativos no processo, é de extrema importância e deve ser sempre o foco de reflexão e atenção por parte dos membros da equipe de enfermagem, de modo que a gestante tenha um parto com fatores de estresse reduzidos e a criança tenha um nascimento mais harmonioso.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os achados da pesquisa concluiu-se que na percepção das mulheres, as enfermeiras fizeram a diferença no cuidado prestado de forma a contribuir para que a vivência de parto dessas mulheres fosse mais positiva, humana e digna, diminuindo a ansiedade e os medos comuns do processo.

Essa diferença se traduziu nas atitudes das EO's durante o manejo do parto, em que as mulheres referiram que elas ajudaram de várias formas como: estando presente durante todo o parto, estabelecendo uma comunicação efetiva, dando orientações de como respirar, como proceder durante as contrações, incentivando a liberdade de posições e principalmente em relação a interação e formação de vínculo com as profissionais, tanto no momento do parto como no pós parto.

A continuidade do atendimento da mesma profissional que assistiu ao parto no Alcon/maternidade foi visto como de grande importância pelas mulheres, reforçando a importância da interação e a formação de vínculo da puérpera com a profissional. Assim, se faz necessário refletir sobre a reorganização do processo de trabalho, a fim de que esta prática possa se estender a outra instituição para garantir a continuidade do cuidado, portanto o serviço seja reestruturado de modo que o EO que assistiu ao parto participe, também, da assistência no puerpério, no AICON/maternidade.

Outra constatação importante foi quanto à sensação dolorosa durante o parto, as falas reafirmam a presença significativa desta percepção, porém se mostrou secundária para algumas mulheres, visto que essas puderam experimentar outros sentimentos com mais intensidade como: emoção, segurança, conforto e tranquilidade, que foram proporcionados pela forma de atendimento e pela presença do acompanhante.

Observou-se, ainda, uma maior necessidade de aprimoramento das orientações dispensadas pelos profissionais no pré-natal, visto o déficit de conhecimento existente por algumas mulheres, especialmente relacionado às fases do TP e sua duração, além de orientações sobre posições, exercícios, métodos não medicamentosos de alívio da dor e profissionais que realizam o parto normal, podem ser explorados. O pré-natal deve explorar a troca de saberes e de experiências entre as gestantes e os profissionais, com vistas a gerar mudanças de comportamentos, e assim promover o autocuidado, o empoderamento da mulher

no parto e a participação ativa dela e de seu acompanhante. Portanto, não deve se restringir apenas a prevenção de doenças ou acompanhamento dessas, papel dominante nas práticas atuais, para explorar processos educativos e participativos, que visem a maior segurança dessas mulheres e seus familiares.

As enfermeiras obstetras foram reconhecidas e valorizadas por grande parte das puérperas, o que percebemos influenciar positivamente na inserção dessas no ambiente do parto e nascimento. Diante disto, acredito que este estudo foi de grande importância para a enfermagem pois permitiu uma reflexão sobre as ações e atitudes desse profissional, a partir da percepção da paciente, permitindo que ele, supere o ambiente institucionalizado propício a inúmeras intervenções e relações distantes, resgatando o foco de seu trabalho, o cuidado holístico. Assim, o enfermeiro é capaz de trazer para o seu entendimento, a subjetividade presente no ideário feminino no ambiente de parturição, e assim, fundamentar seu cuidado de acordo com as reais necessidades da paciente.

Portanto, o presente estudo foi importante para minha formação acadêmica, pois me permitiu compreender a importância do enfermeiro no contexto do parto e nascimento. Percebi que o enfermeiro além de contribuir para que os partos sejam mais humanizados como visto no estudo, este profissional, possui um papel muito mais amplo, atuando tanto no parto e nascimento, como no Pré natal. Assim, o enfermeiro tem o papel chave no desenvolvimento do parto humanizado, que começa desde a atenção básica, em que ele tem a oportunidade de trabalhar toda a parte sócio educativa, realizando todas as orientações durante as palestras, rodas de conversa e consultas, que permita a emancipação, o empoderamento, o conhecimento sobre quais são os profissionais que realizam o parto normal e os direitos da mulher frente ao seu parto.

REFERÊNCIAS

- ALBERS, L., et al. The relationship of ambulation in labor to operative delivery. **J Nurse Midwifery**; v. 42, n.1, p. 4-8. 1997.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem**. COREN, São Paulo. Abril, 2011.
- CAUS, E. C. M., et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012.
- CARRARO, T, E; FRELLO, T. A. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.441-5. jul/set. 2010.
- CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal**. Resolução nº 223, de 3 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_233.pdf> Acesso 21 de maio de 2012.
- COSTA, A. A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**. [citado 15 maio 2008]. Disponível em: http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf.
- DANTAS, N. P. M., et al. **Aplicação de métodos não-farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto: relato de experiência**. 2011.
- DAVIM, R. M. B., et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.3, p.600-9, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>. Acesso em: 25 Mai 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in Brazil: overview, gaps and challenges. **UN Division for the Advancement of Women**. Geneva, Switzerland. April, 2005.

DOTTO, L. M. G; MOULIN, N. M; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.5. setembro-outubro. 2006.

ENKIN M, et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

GONÇALVES, L. R. R; ALVES, V. H. **Manifesto do VI Cobeon pelo Parto Normal Humanizado**: Direito de Informação e de escolha. Teresina, 2009.

HOGA, Luiza Akiko Komura. CASA DE PARTO: simbologia e princípios assistenciais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n.5, p. 537-4, set./out. 2004.

HOTIMSKY, S.N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Rev. Estud. Fem.**. Florianópolis, v.10, n.2, p. 461-481, jul. – dez., 2002.

LOPES, R.C. S., et al. O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v.18, n.2, p.247-254. 2005.

MACEDO, P. O., et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Rev Enferm UERJ**, v.13.p.306-12. 2005.

MACHADO, N. X. S; PRAÇA, N. S. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 58, n.1, p. 55-60. jan./fev. 2005.

MANUAL prático para implementação da Rede Cegonha. p.45.2011.

MAMEDE, F. V., et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n. 6. nov/-dez. 2007.

MARTINS, C. A., et al. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n. 03, p. 360-365, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 4 Abril 2013.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; GUALDA, Dulce Maria Rosa. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, Abr. 2009.

MONTEIRO, D.R.M., et al. O parto com assistência humanizada realizado pelo profissional enfermeiro. **Saúde e Beleza. Web Artigos**, Belo Horizonte, jul. 2010.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

MOUTA, R. J. O., et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.4, p.472-476, out.-dez. 2008.

NASCIMENTO, N.M., et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 456-461, jul./set. 2010.

NAKANO, A. M. S. et al . O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2013.

OBJETIVOS de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2010.

OLIVEIRA, A. S. S; RODRIGUES, D. P, GUEDES, M. V. C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 249-54, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, A. S. S., et al. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enferm.** Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 247-53 Abr/Jun, 2011.

OLIVEIRA, E., et al. **Análise de conteúdo e pesquisa na área de educação**. 2003. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/pos/ped/rsee/ac2003.pdf>> Acesso em: 22 de maio de 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra; 1996.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não médicos** (tese de doutorado). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública / USP. 1997.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.25-32. 1998.

PASCHE, D. F., et al. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rev Tempus Actas Saude Col**, 2010.

PEREIRA, Adriana Lenho de F (Org.). **Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

PETERSON, G. Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 11, 101-109. 1996.

PITOMBEIRA, H. C. S. **O acompanhante durante o parto na perspectiva de puérperas.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 6., Teresina-PI, 2009.

PONTES, A, C; LEITAO, I, M. T. A; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.** [online]. Fortaleza. vol.61, n.3, pp. 312-318. 2008.

PROJANTI, J. M; CAIXEIRO-BRANDAO, S. M. O. Acolhimento na saúde da mulher: uma questão de respeito, solidariedade e humanização. **Rev enferm UFPE** on line. v.6, n.6, p.1274-81.Jun. 2012.

QUITETES, J. B; VARGENS, O. M. C. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 315-20.jul/set. 2009.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (Rehuna). **Carta de Campinas**, 1993. Disponível em < <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html> > Acesso em: 22 de maio de 2012.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, São Luis. V.12, n.2, p. 477-486. 2007.

RIESCO, M. L. G., et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev Esc Enferm**, São Paulo. v. 4, n. 2, p. 297-302. 2009.

SABATINO, H.; DUNN, P. M; CALDEYRO-BARCIA, R. **Parto humanizado: formas alternativas.** Campinas (SP): Ed Unicamp. 2000.

SCAVONE L. **Impactos das tecnologias médicas na família.** In: Scavone L. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais.* São Paulo: Editora UNESP; p. 89-99. 2004.

SANTOS, M, L., et al. Percepção de puérperas adolescentes sobre a assistência da equipe de enfermagem no processo parturitivo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Bahia. v.4, n. 1, p.1563-1575. 2013.

SANTOS, L. M., et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **R. Enferm. UFSM** [periódico na Internet]. 2011.

SARTORI, A. L., et al. Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. **Enfermería Global**.n. 21, jan. 2011.

SERRUYA, S. J., et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1281-1289, set./out.2004.

SILVA, F. E; STRAPASSON, M. R; FISCHER, A. C. S. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **R. Enferm.** UFSM, v.1, n.2, p. 261-271. mai/ago. 2011.

SILVA. L. M., et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.5, p. 656-62. 2011.

SILVA, L. M; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, fev. 2011.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente – teoria e ensino**. 2a ed. São Paulo (SP): Robe Editorial, 1993.

WOLFF, L. R; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília

Título da Pesquisa: **Percepção das puérperas frente ao cuidado das enfermeiras obstetras no parto e nascimento.**

Pesquisadores: Tatiana Antunes Barbosa, Josiane Maria Oliveira de Souza e Letícia de Matos Araújo Nicolletti.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos a Sra. a participar da pesquisa que visa investigar a percepção das mulheres acerca do cuidado oferecido por enfermeiras (os) obstetras durante o trabalho de parto e nascimento. Por acreditarmos que escutar às parturientes pode proporcionar uma melhor avaliação da assistência de enfermagem, durante o parto, e assim favorecer um ganho na qualidade deste serviço.

Para coletarmos as informações desejadas será utilizado um instrumento de pesquisa com perguntas referentes a dados sociodemográficos, antecedentes gestacionais e cinco perguntas sobre sua vivência no trabalho de parto, parto e nascimento. A entrevista será gravada por meio de um gravador de voz para que o pesquisador não perca nenhuma informação importante. A Senhora será suficientemente esclarecida sobre todas as perguntas contidas no questionário em qualquer momento da entrevista.

Será mantido o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos, quando forem publicados os resultados desta pesquisa. A Senhora, poderá se negar a responder as questões que lhe traga constrangimento em qualquer fase da pesquisa, com total liberdade para desistir. Além disto, em caso de dúvidas, intercorrências ou desistência poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Tatiana Antunes Barbosa (35625632/85119825) e/ou Josiane Maria Oliveira de Souza (3356-5778/8166-1861) e /ou Letícia de Matos Araújo Nicolletti (84185746); ou com o próprio Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS (3325-4955).

Este TCLE foi confeccionado em duas vias, que uma se destina ao participante da pesquisa e a outra ao pesquisador.

Após este esclarecimento, a Senhora, expressa a sua concordância em participar, voluntariamente, deste estudo, através da assinatura deste TCLE. Lembrando que poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa.

Brasília, _____/_____/_____

Nome e assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE PESQUISA

Universidade de Brasília UnB

Trabalho de Conclusão de Curso - Enfermagem

1. Dados Sociodemográficos

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: () Primeiro grau incompleto Profissão: _____

() Primeiro grau completo

() Segundo grau incompleto

() Segundo grau completo

() Nível superior

() Pós-graduação

Reside em: _____

2. Antecedentes Gestacionais

Realizou pré-natal: Não () Sim (): Se sim, quantas consultas? _____

Em qual unidade realizou a maioria dos pré-natais? _____

Número de gestações anteriores: _____

Vias de parto anterior: () Cesário () Normal

Complicações de partos anteriores: _____

Local de partos anteriores: _____

3. Questões Norteadoras

1. Como foi o seu parto?
2. Você sabe me dizer qual profissional (categoria) que cuidou de você durante o TP (trabalho de parto) e parto?
3. Quais eram as suas expectativas com relação ao parto antes dele acontecer? O que foi diferente?
4. Você pode me dizer se o fato de ser assistida/cuidada por uma enfermeira obstetra fez diferença no parto e no nascimento do seu bebê?
5. Você sugeriria algo para melhorar esta assistência?

ANEXO
PARECER- CEP



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 264/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 236/2012 – PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS FRENTE AO CUIDADO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS NO PARTO E NASCIMENTO.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 06/08/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 13 de agosto de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL /FEPECS/SES-DF