

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**PARTO NORMAL: VIVÊNCIA DAS MULHERS NO PROCESSO PARTURITIVO E
O PAPEL DO ENFERMEIRO**

LUCIMAR AFONSO ALVES DOS SANTOS
ANA CLARA MARCELINIO DE SOUZA

Anápolis-Go
2018

LUCIMAR AFONSO ALVES DOS SANTOS

ANA CLARA MARCELINIO DE SOUZA

**PARTO NORMAL: VIVÊNCIA DAS MULHERS NO PROCESSO PARTURITIVO E
O PAPEL DO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA - Centro Universitário de Anápolis/GO, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Meillyne Alves dos Reis.

Anápolis-Go

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUCIMAR AFONSO ALVES DOS SANTOS
ANA CLARA MARCELINIO DE SOUZA

**PARTO NORMAL: VIVÊNCIA DAS MULHERS NO PROCESSO PARTURITIVO E
O PAPEL DO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis-Go, UniEVANGÉLICA para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ma. Meillyne Alves dos Reis
Orientadora

Prof^ª. Tatiana Caexeta Aranha
Avaliadora

DEDICATÓRIA

“DEDICAMOS ESTE TRABALHO PRIMEIRAMENTE A DEUS, POR SER ESSENCIAL EM NOSSAS VIDAS E AUTOR DE NOSSOS DESTINOS, A NOSSA FAMÍLIA QUE SÃO NOSSOS PILARES E CAMINHARAM JUNTOS EM REALIZAR NOSSO SONHO. EM MEMÓRIA A JOANA DARQUE MARCELINO, MOISÉS MARCELINO E JORCELINO DA COSTA RAMOS. ”

*“E o parto é um evento familiar.
Dê a uma mulher a oportunidade de escolher.
O ambiente, o movimento.
Vivenciar o tempo necessário para seu parir, seu (re) nascer.
Ofereça o acolhimento, o abraço, o sorriso.
Amor e proteção...
E verá a potência que brota e transborda de todo seu ser, sua existência.
Após uma cesárea, ela decidiu que esta nova história seria diferente.
Tomou seu parir nas próprias mãos.
Ela e seu companheiro, juntos, planejaram o caminho.
Ela se entregou.
Nasceu em casa o bebê surpresa, no ninho construído por várias mãos amorosas.
A filha vivenciou a chegada com a leveza natural das crianças, com a certeza dos anjos:
“Tá tudo bem, mamãe!”
Hoje nova família nasceu, uma mulher, recém-nascida, sorriu e disse, toda orgulhosa:
“Gente, é a Aurora! Eu consegui!”
“Em Poesia Priscila – Marina Pedrosa”*

RESUMO

Introdução: O parto normal é caracterizado pela abrangência de conhecimento da parturiente sobre as perspectivas do trabalho de parto de modo a auxiliar a própria parturiente para o parto (TOSTES; SEIDL, 2016). Contudo, quanto ao tipo de parto, entre as mulheres ainda possui predominância por cesariana efetiva, ou seja, a gestante escolhe dar à luz por cesariana. O fator que mais retrata a opção por parto cesáreo mostra que as mulheres buscam sair de um tratamento doloroso. **Objetivo:** descrever as vivências das mulheres de parto normal, durante o processo parturitivo em uma unidade de saúde em Anápolis-Go. **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo, no período realizado entre 2017 a 2018. O local da pesquisa foi uma unidade de saúde da cidade de Anápolis-GO, instituição filantrópica, no setor de ALCON, esta credenciada ao SUS. Os dados foram coletados em um único momento, em ambiente hospitalar utilizando-se entrevista semi-estruturada. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** A idade das participantes ocorreu uma igualdade entre 18 e 24 anos e entre 30 a 39 anos de idade. A análise dos *corpus* reuniu as narrativa obtidas e delas emergiu três categorias temáticas: categoria A - Assistência pré-natal: grupo de apoio a gestante e plano de parto; categoria B - O empoderamento: informações e direitos; e categoria C - O papel do enfermeiro: educativo e construção do vínculo do binômio. Apenas uma minoria das participantes planejou a gestação e este fato foi observado em grande maioria nas primíparas e associado a baixa escolaridade; os momentos em que elas relataram ter maiores medos, anseios e dúvidas foram no momento do parto, seguido do período de pré-natal. As participantes conhecem parcialmente os benefícios do parto normal e também os direitos ao acompanhante e à informação o que caracterizou um déficit no empoderamento e também na assistência recebida durante o período gravídico-puerperal. **Considerações Finais:** a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, é o profissional apto ao exercício do autocuidado por meio de ações educativas, que valorize a mulher como protagonista processo gestacional, o que não foi possível ser evidenciado em nosso estudo. Portanto, cabe a nós, futuros profissionais, fazer a diferença, no mercado de trabalho, no sentido de valorizar o ser humano como um todo, fazendo, com que este, seja o foco principal da assistência.

DeCS: Parto Normal. Parto humanizado. Emoções. Cuidados de Enfermagem. Fenômenos psicológicos.

ABSTRACT

Introduction: Normal birth is characterized by the knowledge of the parturient about the perspectives of labor in order to assist the parturient herself in childbirth (TOSTES; SEIDL, 2016). However, in terms of the type of delivery, women still have a predominance of effective caesarean section, is the pregnant woman chooses to give birth by caesarean section. The factor that best describes the option for caesarean delivery shows that women seek to leave a painful treatment. **Objective:** to describe the experiences of women of normal birth, during the parturition process in a health unit in Anápolis-Go. **METHODS:** This is an exploratory, longitudinal, descriptive study with a qualitative approach, based on field research, between 2017 and 2018. The research site was a health unit in the city of Anápolis-GO, a philanthropic institution, in the ALCON sector, is accredited to SUS. The data were collected in a single moment, in a hospital environment using a semi-structured interview. For the data analysis, the Bardin content analysis technique was used. **Results:** The participants' ages were between 18 and 24 years of age and between 30 and 39 years of age. The analysis of the corpus gathered the narratives obtained and from them emerged three thematic categories: category A - Prenatal care: support group for pregnant women and childbirth plan; category B - Empowerment: information and rights; and category C - The role of the nurse: educational and building the bond of the binomial. Only a minority of the participants planned gestation and this fact was observed in the majority of the primiparas and associated with low schooling; the moments in which they reported having greater fears, yearnings and doubts were at the time of delivery, followed by the prenatal period. Participants are partially aware of the benefits of normal childbirth, as well as the rights to caretaker and information, which has characterized a deficit in empowerment and also the care received during the pregnancy-puerperal period. **Final considerations:** the health team, especially the nurse, is the professional capable of exercising self-care through educational actions, which values the woman as the protagonist of the gestational process, which could not be evidenced in our study. Therefore, it is up to us, future professionals, to make a difference, in the labor market, in order to value the human being as a whole, making this the main focus of the assistance.

DeCS: Normal birth. Humanized birth. Emotions. Nursing care. Psychological phenomena.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sócio demográficas de puérperas. Anápolis-Go, 2018	22
Tabela 2	Distribuição das variáveis socioculturais de puérperas. Anápolis-Go, 2018	23
Figura 1	Esquema representativo das categorias temáticas que emergiram das entrevistas com puérperas	25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALCON	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EO	Enfermeira Obstetra
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS/OPS	Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PN	Pré-natal
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Gestação, parto e puerpério: Conceito e Diagnóstico	14
3.2	Aleitamento Materno	16
3.3	Papel do Enfermeiro	17
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1	Categoria A - Assistência pré-natal: grupo de apoio a gestante e plano de parto	25
5.2	Categoria B - O empoderamento: informações e direitos	28
5.3	Categoria C - O papel do enfermeiro: educativo e construção do vínculo do binômio.	30
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERENCIAS	35
	APÊNDICES	37
	APENDICE A – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	37
	APENDICE B - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO- PARTICIPANTE	41
	APENDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	43
	APÊNDICE D - FORMULÁRIO SÓCIOECONÔMICOCULTURAL	44
	ANEXO 1 – PARECER COSUBSTÂNCIADO DO CEP	47

1INTRODUÇÃO

As gerações ao longo do tempo sofreram grandes transformações, embora o nascimento continue a ser um processo natural. Antigamente havia um isolamento das gestantes para o processo do parto, ao qual não havia atenção tão quanto assistência para os cuidados necessários e humanísticos para parir. As experiências ao longo das práticas entre as mulheres lhes permitiam ajuda mutuamente de geração a geração (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Até o final do século XIX, os hospitais não dispunham de recursos humanos e tecnológicos. Por este motivo os partos eram realizados, em sua maioria, em casas por parteiras com auxílio de parentes. Quando se realizava o parto em hospitais o recém-nascido (RN) ficava ao lado da mãe devido à falta de leito apropriado para os mesmos. Somente por volta de 1893, em Paris, surgiu o primeiro berçário, para receber os RN prematuros. No Brasil, em 1977, houve a recomendação de RN que se apresentavam sem riscos, permanecessem com sua mãe e que os demais RN com riscos permanecessem em berçário (GUARIENTO, 2011).

O medo das dores do parto tão quanto as preocupações do bem estar da mulher grávida, estão ligados intrinsecamente ao processo do parto ao qual envolve estes diversos fatores fisiológicos com total influência materno-fetais (NETTINA, 2011).

Assim, o mecanismo do parto normal pode ser entendido pela descida do feto móvel e passivo pelo canal vaginal via cefálica, impulsionado pelas contrações intra-uterinas. Ocorrendo a perda do tampão mucoso, contrações rítmicas com período estimado de 50 a 60 segundos de duração, seguido da dilatação do colo uterino e o rompimento e liberação do líquido amniótico e, finalmente, a saída do feto; ao qual fica unido com a mãe apenas pelo cordão umbilical (FILHO, J.R.; MONTENEGRO, C. A. B, 2014).

O parto pode ser realizado de diferentes maneiras para a retirada do feto. Dentre os manejos utilizados estão o parto normal, parto normal com indução no trabalho de parto, parto vaginal, parto a fórceps, parto com utilização do vácuo extrator com ventosa macia e a cesariana (emergência, eletiva e a pedido) (HOPKINS, et al. 2006). Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) se preconiza o parto humanizado como a junção de recomendações, que visam a promoção: do parto vaginal, da presença de um acompanhante, do aleitamento materno (AM), da necessidade de alojamento conjunto (ALCON) para mãe-filho (binômio), da redução de utilizações intervencionais tecnológicas durante o processo do parto, além do manuseio de técnicas para alívio à dor e o uso cauteloso para indução do parto normal (BRASIL, 2003).

Podemos entender que o parto normal é caracterizado pela abrangência de conhecimento da parturiente sobre as perspectivas do trabalho de parto de modo a auxiliar a própria parturiente para o parto (TOSTES; SEIDL, 2016). Contudo, quanto ao tipo de parto, entre as mulheres ainda possui predominância por cesariana efetiva, ou seja, a gestante escolhe dar à luz por cesariana. O fator que mais retrata a opção por parto cesáreo mostra que as mulheres buscam sair de um tratamento doloroso. Mesmo, que ainda esteja em crescente e contínuo aumento dos índices de riscos desnecessários pelo parto cesariano associados a outros fatores, continua a culminar na morbidade e ao óbito materno e perinatal (GUARIENTO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em 2016, estudos que demonstram o alto índice de cesarianas no Brasil. Em 2006, 81% dos partos realizados foram através de cesarianas pelo sistema de saúde (SUS); posteriormente em 2008, o índice se elevou para 84,5%, em 2016 não houve aumento, contudo não houve redução. Sendo que o perfil adequado para cesarianas deve estar adequado aos melhores resultados maternos e neonatais, levando em consideração os recursos de saúde disponíveis. Os parâmetros para partos por cesarianas devem seguir diretrizes padronizadas conforme Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que visa a redução de cesarianas desnecessárias e redução dos altos índices da mesma, pois o aumento abusivo de cesarianas tendem a causar maiores danos que benefícios (BRASIL, 2016)

Entretanto, a promoção do parto humanizado e do nascimento saudável, retrata papel importante na prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Cujos conceitos remetem a atenção, geradora de práticas e atitudes humanizadas que são observadas em algumas portarias. Tais como: a portaria nº 569 GM/MS, de 1º de junho de 2000, que fica instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste na adoção de medidas para a melhora da assistência à gestante no pré-natal (PN), parto e puerpério em todos os níveis de atenção à saúde da mulher e ao neonato; além da portaria Nº 2.418 GM/MS, de 02 de dezembro de 2005, que regulamenta em conformidade com o artigo 1º da Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais e instituições públicas e também nos conveniados SUS.

Cabendo aos profissionais, envolvidos na assistência do parto, receber constantemente a capacitação tão quanto reciclagem, na ótica da assistência humanizada, de forma a melhor efeito perinatal. Ficando aos colaboradores atuantes no processo do parto e as

instituições a promoção do acesso adequado tanto aos familiares quanto a parturiente no recebimento da assistência humanizada (SOGIMIG, 2012).

Desse modo levanta-se o seguinte questionamento: Quais as vivências das mulheres, de parto normal, no processo parturitivo em uma unidade de Saúde de Anápolis-Go?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Descrever as vivências das mulheres de parto normal, durante o processo parturitivo em uma unidade de saúde em Anápolis-Go.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos sujeitos;
- Identificar as orientações recebidas as parturientes no pré-parto, parto e puerpério;
- Identificar a construção do vínculo mãe e filho;
- Descrever anseios vivenciados no parto e pós-parto; e
- Descrever a assistência de enfermagem no parto normal realizada na instituição de saúde na cidade de Anápolis-Go através de relatos adquiridos pelas parturientes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Gestação, Parto e Puerpério: Conceito e Diagnóstico

A gestação é conceituada, por Nettina (2011), como a cessação súbita da menstruação, após um período de 10 dias da data esperada do início da menstruação, confirmado através de exames positivos do teste da mamãe e evidenciado pelo aumento do útero, inclusive das mamas. A gestação dura em média 40 semanas, que são contados a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual normal, podendo ser dividida por trimestres.

Enquanto para Piccinini (2008) a gestação é definida como uma fase a qual a mulher se prepara psicologicamente para posteriormente passar para um outro momento, a fase da maternidade. Ressaltando que esse período de gestação é de extrema importância na vida da mulher, pois ocorrem reestruturações em relação aos papéis que ela desempenha. Ao qual a mulher precisa, organizar melhor diversos aspectos de sua vida como relacionamento conjugal, situação socioeconômica bem como as atividades profissionais. Em geral, estas mudanças sempre causam impactos nas gestantes denominadas por primíparas, mulher que vai parir pela primeira vez. Contudo, não é obstante as outras gestantes que não sejam primíparas.

Existem outros tipos de transformações de diversas ordens que ocorrem ao longo deste período e são conhecidas como: biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, que representam uma intensa e única experiência. Ambas, possibilitam influências seja dinâmica, psíquica e individual, bem como nas outras relações sociais da mulher. Neste período, todos os assuntos que outrora era considerado como inconscientes tendem a ser conscientes ou surgem como um disfarce em forma de sonhos e sintomas. Havendo assim a possibilidade de conflitos psíquicos. Caso ocorra, a identidade da mulher sofre uma transformação importante. Quanto ao seu profissionalismo, entende-se que algumas atividades não poderão ser realizadas durante o período gestacional, e principalmente, após o parto. Sendo uma fase bastante esperada, pois a mulher troca suas prioridades e sua atenção agora é mais volta para si mesma e para o bebê, ficando as demais demandas ou exercícios da vida por receber menos atenção, ou seja, acabam se tornando menos importante (PICCININI, 2008).

Quanto ao diagnóstico clínico da gravidez há elucidação pela presença do conceito, ausculta dos batimentos cardíofetais e a sua movimentação intrauterina. Entretanto, o diagnóstico hormonal é realizado através de exames coletados pelo plasma ou urina materna, para identificar a produção da proteína gonadotrofina coriônica humana (hCG). Os testes de

hCG são realizados se houver um atraso menstrual superior a 10 ou 14 dias. Existem, na maior parte, três testes que demonstram a identificação do hCG; Teste de ELISA (enzima-imunoensaio), RIA (radioimunológico) e o teste imunológico (FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Enquanto isso, o trabalho de parto é definido como processo que precede o parto, pode ser entendido pela frequência de contração uterina, além da intensidade destas contrações e de sua duração. Sendo que, se faz necessário haver a dilatação e apagamento do colo uterino (HOPKINS, 2006). No trabalho de parto normal deve-se realizar uma avaliação das condições gerais da gestante e do feto. Incluem-se nestas avaliações, verificação de sinais vitais da gestante, frequência cardíaca do feto (logo após a contração), presença de líquido amniótico ou o rompimento, se há presença de mecônio e avaliar se há sofrimento fetal (WHO, 2005).

Ressalta-se que o parto pode ser subdividido em fases, das quais as principais são descritas como dilatação (1º período), expulsão (2º período) e secundamento (3º período). Tais fases são antecedidas pelo pré-parto, também conhecido por período premunitório entendido pela descida do fundo uterino. Pois, o parto é um evento único para a gestante, que inicia-se com o desenvolvimento do trabalho de parto para a expulsão do feto do útero, pode ser dividido em três mecanismos: o encaixamento do feto (insinuação), descida do feto e do desprendimento deste feto (FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Na visão das autoras Rabelo e De Oliveira (2010), o parto no Brasil tem sido considerado como um processo patológico. Tal procedimento gerou a adoção da tecnologia do parto dirigido, ao qual a mulher é deixada num estado de semi-imobilização, ficando com as pernas abertas e levantadas, permanecendo sem a ingesta qualquer tipo de alimento ou líquido, é submetida à utilização de drogas com intuito de instigar o trabalho de parto, além de praticar rotineiramente o uso de episiotomia e eventual do fórceps. Este é a forma lamentável de como tem ocorrido o parto no Brasil. As autoras continuam com as críticas, alegando que este modelo de realização de parto ocorrente no Brasil, é totalmente contraditório com a realidade ou diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que define parto como um fato natural que não precisa de controle, apenas de cuidados.

Partindo deste pressuposto, a OMS aconselha as Enfermeiras Obstétricas (EO) a uma melhor participação na atenção ao parto, levando em consideração o fato de que elas são formadoras da promoção de cuidados ao longo deste processo afim de amenizar ou diminuir possíveis intervenções (MEDEIROS et al., 2016).

Dentre os diversos tipos de partos a cesariana é considerada um parto realizado para o nascimento do feto por cirurgia através de incisão nas paredes abdominal e uterina. A indicação para a conduta por cesariana é a placenta prévia, gestantes HIV-positivo, cesariana prévia, distocia ou falha de progressão do trabalho de parto e condição fetal não tranquilizadora (FREITAS et al., 2011). O parto por cesariana tem sido utilizado desnecessariamente em larga escala, devido ao aperfeiçoamento das técnicas utilizadas para analgesia e por ser um método rápido de parir, entre outros ressalta-se, a utilização da cesariana a pedido, sem que haja indicação médica. O uso indevido desta cirurgia acometendo as parturientes ao risco de um período de recuperação mais longo, aumento da morbidade materna devido a complicações pós-cirúrgicas, risco de infecção puerperal e ruptura uterina (FREITAS et al., 2011).

Então, segundo o Ministério da Saúde (MS) a utilização do método de Dick-Read (método que leva informações e orientações sobre o processo de parto em seus aspectos fisiológicos, exercícios para a musculatura do períneo e abdome e um conjunto de métodos e procedimentos para o relaxamento), tem sido considerado um primórdio do preparatório educacional para o parto. Possui o objetivo de evitar a aversão ao medo, tensão e dor. O medo pode ser oriundo de sugestões (adquiridas por meio de comunicação à comunidade e até por parte de alguns profissionais de saúde), a ignorância (falta de preparo) e por desamparo psicológico (falta de apoio e informação) (BRASIL, 2001).

Então, em relevância aos dados obtidos do Ministério da Saúde (2002), o Brasil demonstrava que 38,6% dos partos eram por cesariana. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 2007, dados demonstraram que dos 58% dos partos por cesariana 17,2% eram considerados de baixo risco, ou seja, não haveria a necessidade de intervenção cirúrgica (FREITAS et al., 2011). Em sequência ao parto dá-se início ao período do puerpério e se estende por cerca de 06 meses. Intervalo de tempo ao qual a estrutura física da mulher demora para retornar ao corpo pré-gravídico. Neste período ocorrem alterações uterinas: o nível do fundo uterino recua cerca de 1 dedo por dia, presença de lóquios (secreção vaginal que ocorre após o parto para eliminação de células epiteliais gordurosas, sangue e membranas) que acabam após 03 semanas (FREITAS et al., 2011)

3.2 Aleitamento Materno

O AM inicia-se após o período puerperal, ao qual começa logo após o parto e se estende por cerca de 06 meses. Intervalo de tempo ao qual a estrutura física da mulher demora

para retornar ao corpo pré-gravídico. Neste período ocorrem alterações uterinas: o nível do fundo uterino recua cerca de 1 dedo por dia, presença de lóquios (secreção vaginal que ocorre após o parto para eliminação de células epiteliais gordurosas, sangue e membranas) que acabam após 03 semanas (FREITAS et al., 2011).

Neste momento se inicia o AM, que é realizado imediatamente após o parto, concedendo ao neonato menor risco de mortalidade, diminuição do risco de diarreias, protege contra alergias e risco de osteoporose, maior afeto entre o binômio, diminuição do sangramento pós-parto, método contraceptivo nos 6 primeiros meses de amamentação exclusiva. O AM pode ser exclusivo até o sexto mês de vida do neonato, sendo que o mesmo pode ser diretamente da mama ou ordenhado (BRASIL, 2013).

Dentre alguns fatores do uso demasiado e desnecessário de procedimentos que aumentaram a morbimortalidade materno/infantil, o governo instituiu pela portaria Nº 1.459 GM/MS, de 24 de junho de 2011, estabelecendo assim a Rede Cegonha (RC) que preconiza desde a garantia do planejamento reprodutivo da mulher e seu pré-parto, parto, puerpério e da assistência de um nascimento seguro a criança tão quanto ao seu desenvolvimento saudável, através do AM (BRASIL, 2011).

3.3 Papel do Enfermeiro

Para tanto, o enfermeiro, realiza a assistência à família, de forma a garantir que em cada gestação se tenha saúde para com o bebê e com a mãe. Prestando cuidados primários planejados, de forma a melhorar a saúde materna fetal e utilizando de forma combinada os avanços tecnológicos, fatores socioeconômicos e os fatores de risco gestacional (FREITAS et al., 2011).

Poster et al., (2017) afirmam que durante o PN, o enfermeiro realiza o acolhimento da mulher durante o período por meio de “acolhida, admissão, da atenção, aconchegar, atender e receber. ” Desse modo o profissional expressa uma atitude de se aproximar com intuito de fortalecer o vínculo com a paciente até no período do parto. De forma com a qual a gestante se sinta mais calma possível, oferecendo uma experiência positiva, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS).

“O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e pós-parto às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, que favorecerá na

atuação do enfermeiro. Assim é que um trabalho humanizado permite ao profissional dar significado ao que faz, facilitando o acesso das mulheres e qualificando a assistência ao dar atenção afetiva e o direito ao bom acompanhamento à saúde, bem como esclarecendo as dúvidas das parturientes e apoiando-as no decorrer do processo da gravidez, de acordo com os objetivos do acompanhamento do Pré-natal (PÔSTER, et al, 2017).”

Conforme Duarte (2014), enfermeiro possui total liberdade para desempenhar um acompanhamento em pré-natal de baixo risco, oferecendo consultas de qualidade e humanizada, podendo também fazer pedidos de exames complementares de rotina, “prescrição de medicamentos padronizados e ações educativas tanto individuais quanto coletivos em que o profissional esteja inserido”.

Em relação ao papel do enfermeiro no aleitamento materno, as autoras Strapasson, Dos Santos Fischer (2011), entendem que o profissional de enfermagem possui a responsabilidade de atuar como facilitador no que concerne a praticidade da amamentação precoce, principalmente no que concerne as orientação e ajuda ao longo das praticidades que ocorrem dentro da sala de parto. Isto quer dizer que o Enfermeiro pode também desempenhar as mesmas funções dos demais profissionais de enfermagem, bem como os da saúde, como os médicos, por exemplo, tudo que precisam deixá-los a par em relação a importância do programa de incentivo e apoio a amamentação dos primeiros minutos de vida. “Para isso deve-se buscar o conhecimento científico, desenvolver a competência técnica e de comunicação” (STRAPASSON et. al., 2011).

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório de campo, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa, pois os resultados foram mensurados e expostos em tabelas e categorizados em análise de dados (BARDIN, 2016), a ser realizado no período de 2017 a 2018.

A pesquisa descritiva é definida a partir de características descritivas de um fenômeno ou de uma sociedade. Sendo padronizadas as técnicas para que ocorra a coleta de dados. Os procedimentos para realização da pesquisa de campo se dará por meio de entrevista semiestruturada e questionário semiestruturado (GIL, 2008). Para Cervo; Bervian (2002), a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, pois se trata do estudo da descrição das características.

A pesquisa qualitativa possibilitará uma análise do assunto em questão, por permitir a obtenção de dados nos quais aparecem, também, a subjetividade dos integrantes do grupo estudado. Preocupa-se com as questões particulares, ocupando-se com os significados, motivações, aspirações, atitudes, hábitos, entre outros. Essa abordagem busca compreender o significado e a intencionalidade das reações e relações humanas (MINAYO, 2004). Nela também há predominância de amplas amostras de informações, tanto numéricas quanto descrição das ações da pessoa de forma a obter análise detalhada do que a rodeia; como; hábitos, atividades e seus próprios comportamentos (LAKATOS, 2010).

O local da pesquisa foi uma unidade de saúde da cidade de Anápolis-GO, instituição filantrópica, na unidade de ALCON. A mesma possui atendimento núcleo de ensino e pesquisa e atendimento especializado em diversas áreas, inclusive em obstetrícia e ginecologia. A instituição possui o título de maternidade segura, tal título reconhecido pelo MS, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial de Saúde e Organização PanAmericana de Saúde (OMS/OPS) e Fundo de Populações das Nações Unidas, por ter assistência com qualidade no cumprimento dos Oito Passos em obstetrícia e neonatologia (Santa Casa, 2017).

A amostra foi de conveniência e participaram do estudo 14 puérperas, maiores de 18 anos e menores de 40 anos, que foram submetidas a partos normais nas últimas 48 horas, que estavam internadas no regime de ALCON, e que aceitaram participar da pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento da Participação da Pessoa como sujeito (Apêndice A), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

O preparo do campo se deu com a realização de uma visita ao hospital para apresentação do projeto aos responsáveis pelo local e também com envio do ofício de autorização para realização da pesquisa, e a conseqüente assinatura da declaração de instituição Coparticipante (Apêndice B). A coleta de dados aconteceu somente após o parecer favorável do CEP da UniEVANGÉLICA Centro Universitário de Anápolis/GO via Plataforma Brasil.

Os dados foram coletados no período no de 1 a 15 de julho de 2018, no turno vespertino, pois este é mais tranquilo e geralmente não interfere na assistência prestada ao binômio mãe e filho em sua estadia na maternidade. O ambiente da entrevista foi uma sala privativa fornecida pela referida instituição cenário da pesquisa, onde foi aplicado um instrumento de coleta de dados semi-estruturada contendo perguntas abertas e fechadas referente as vivências das mulheres de parto normal, durante o processo parturitivo em uma unidade de saúde em Anápolis-Go (Apêndice C) e um formulário sócio-econômico-cultural (Apêndice D) para definir o perfil da amostra, na oportunidade foi utilizado uma gravador MP4 com o consentimento das entrevistadas.

As falas das participantes foram transcritas na íntegra, com vistas à garantia da fidedignidade das informações. Após, as entrevistas foram lidas e comparadas individualmente por participante, para verificação de cada caso. Em seguida, as entrevistas foram reunidas em dois *corpus*, e em seguida realizou-se leitura minuciosa e exaustiva de cada um dos *corpus*, vertical e horizontalmente, o que permitiu que as unidades de registro fossem classificadas em unidades de contexto e, posteriormente, definidas as categorias temáticas, conforme as fases da análise de conteúdo segundo proposta por Bardin (2016). Cada uma das diferentes fases organiza-se em torno de três pólos cronológico: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com inferência e interpretação dos mesmos.

Na primeira, ocorre a organização propriamente dita dos dados. É composta por atividades não estruturadas: leitura flutuante, que no caso, consiste no primeiro contato com o texto, seguida do estabelecimento do corpus, este submetido à análise das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Formula-se a seguir as hipóteses e os objetivos cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros. Para facilitar a manipulação da análise, ocorre a digitalização e impressão em papel, no qual estão dispostas colunas vazias a esquerda e à direita para os códigos, a fim de facilitar a demarcação dos contrastes (BARDIN, 2016).

A segunda consiste na exploração do material. Nesta fase as operações se consistiram essencialmente em codificações, decomposições ou enumeração, do material a ser trabalhado. Na terceira fase, os resultados brutos são tratados de maneira a se tornarem significativos e válidos. Com o intuito de condensar os resultados, propôs-se uma figura na qual aparecem em relevo as categorias temáticas fornecidas para análise (BARDIN, 2016).

Para fins de registro, as falas das participantes foram renomeadas com nome de flores com vistas a manutenção do anonimato das mesmas. O estudo atendeu os preceitos éticos da Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA Centro Universitário de Anápolis/GO, CAEE 83336017.7.0000.5076; e Parecer N° 2.737.309/ 2018 (ANEXO 1).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integraram o estudo um total de 14 participantes, cujas características sócio demográficas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sócio demográficas de puérperas. Anápolis-Go, 2018

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
≥ 18 ≤ 24	07	50,00
≥ 30 ≤ 39	07	50,00
Total	14	100,00
Estado Civil		
Solteira	02	14,30
Casada	06	42,85
União Estável	06	42,85
Total	14	100,00
Reside com os pais		
Sim	02	14,30
Não	12	85,70
Total	14	100,00
Meio de Transporte		
Moto		
Carro	07	50,00
Ônibus	02	14,30
A pé	01	7,20
Carro e ônibus	01	7,20
Carro e moto	02	14,30
Total	14	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental	02	14,30
Ensino Médio	11	78,50
Ensino pós-graduada	01	7,20
Total	14	100,00
Estabelecimento de Ensino		
Todo em Escola Pública	13	92,80
Maior Parte em Escola Pública	01	7,20
Total	14	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras no período de julho, 2018.

A idade das participantes ocorreu uma igualdade entre 18 e 24 anos (n=07/14) e entre 30 a 39 anos de idade (n=07/14), quanto ao estado civil obtivemos um equilíbrio de valores entre casada (n=06/14) e união estável (n=06/14), seguido pelo solteira (n=02/14). Das entrevistadas a grande maioria não reside com os pais (n=12/14) e uma minoria que reside com os pais (n=02/14). Destaca-se dentre o item meio de transporte uma variância de ambos os meios utilizados, dos quais a utilização por carro predominou (n=7/14), havendo uma

igualdade entre os demais meios de transporte, carro e moto (n=02/14) e ao ônibus (n=02/14) e outra parcela utilizando de carro e ônibus (n=01/14) ou a pé (n=01/14). A maior parte dentre as participantes possuíam o ensino médio (n=11/14), seguido daquelas que cursaram o ensino fundamental (n=02/14) e apenas uma minoria com pós graduação (n=01/14). Quanto ao tipo de estabelecimento prevalece o item todo em escola pública (n=13/14) e apenas uma pequena parcela com a maior parte em escola pública (n=01/14).

A tabela 2 mostra a distribuição das participantes conforme variáveis socioculturais.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis socioculturais de puérperas. Anápolis-Go, 2018

Variáveis	N	%
Sabe e utiliza o computador		
Sim	09	64,30
Não	05	35,70
Total	14	100,00
Inclusão Digital		
Sim	02	14,30
Casa	06	42,85
Trabalho	03	21,35
Lanhouse	01	7,20
Não	02	14,30
Total	14	100,00
Trabalha		
Sim	03	21,35
Não	11	78,65
Total	14	100,00
Renda Mensal (SM)		
Menos que 1 SM	04	28,60
1 a 2 SM	08	57,00
2 a 3 SM	01	7,20
Não sabe	01	7,20
Total	14	100,00
Acesso a informação		
TV	01	7,20
Internet	03	21,35
TV e Internet	03	21,35
TV, Jornal e Internet	03	21,35
TV, Jornal, Rádio e Internet	01	7,20
Nenhum	01	7,20
Todos	02	14,35
Total	14	100,00
Leitura		
Sim	01	7,20
Ficção	01	7,20
Livros de autoajuda e técnicos	01	7,20
Outros	03	21,40
Nenhum		

Não		08	57,00
	Total	14	100,00
Lazer preferido			
Cinema		01	7,20
Balada		01	7,20
Shows musicais		03	21,40
Cinema e Shows musicais		01	7,20
Outros		08	57,00
	Total	14	100,00

Legenda: SM – Salários Mínimos / OBS: valor de referência para o período: R\$ 938,00 (novecentos e trinta e oito reais).

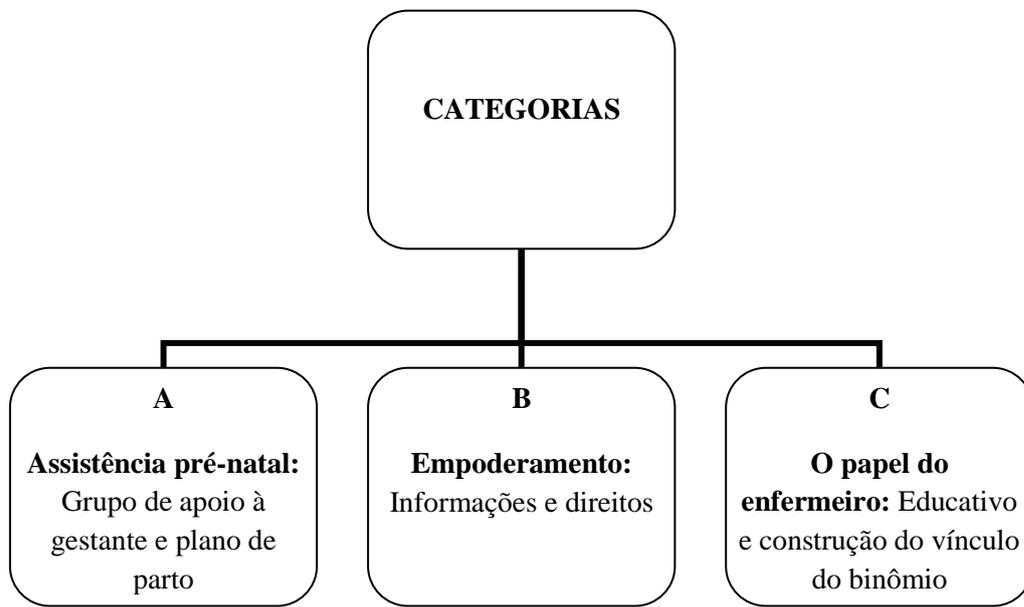
Fonte: Elaborado pelas autoras no período de julho, 2018.

As participantes em sua totalidade possuem conhecimento quanto ao uso e computador, a maioria sabe utilizar (n=09/14) e uma minoria não (n=05/14). Quanto a inclusão digital observa-se uma prevalência à utilização no quesito casa (n=06/14), seguido pelo trabalho (n=03/14) havendo uma ligeira igualdade entre utilizar (n=02/14) e não utilizar (n=02/14), restando uma discreta minoria utilizando em *Lanhouse* (n=01/14). Evidencia-se uma dentre as narrativas uma larga evidência em relação as que não trabalham (n=11/14) das que trabalham (n=03/14). Quanto a renda mensal houve uma predominância entre 1 a 2 salários mínimos (n=08/14) seguido pelo item menor que 1 salário mínimo (n=04/14), e um discreto equilíbrio entre 2 a 3 salários mínimos (n=01/14) e não sabe a renda (n=01/14).

Referente ao acesso a informação há um equilíbrio entre a *internet* (n=03/14), TV e *internet* (n=03/14) e TV, jornal e *internet* (n=03/14) tanto quanto o acesso a TV (n=01/14), TV, jornal, rádio e *internet* (n=01/14) e nenhum (n=01/14), seguido por utilização de todos os acessos a informação (n=02/14). Quanto a categoria leitura prevalece o item não gosta de ler (n=08/14), havendo uma menor quantidade da categoria outros (n=03/14), acompanhado por uma equidade do sim (n=01/14) e ficção (n=01/14) e livros de autoajuda e técnico (n=01/14). As participantes em sua completude relacionada ao lazer preferido no tópico outros (n=08/14), subsequente aos shows musicais (n=03/14), restando uma equiparação do cinema (n=01/14), balada (n=01/14) e cinema/shows musicais (n=01/14).

A análise criteriosa dos *corpus* reuniu as narrativas obtidas dentre todas as entrevistadas e deu origem a 03 (três) categorias temáticas, as quais estão dispostas e representadas, a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Esquema representativo das categorias temáticas que emergiram das entrevistas com puérperas



Fonte: Elaborada pelas autoras, julho, 2018.

5.1 Categoria A - Assistência pré-natal: grupo de apoio a gestante e plano de parto

Ao serem questionadas sobre terem planejado a gestação e suas perspectivas em relação ao parto, apenas uma minoria afirmou terem planejado ambas as etapas, tanto gestação quanto parto, ou apenas uma delas. Fato observado em grande maioria nas primíparas e associado a baixa escolaridade.

“A primeira não! Essa gestação foi, eu preferi como eu já tive o primeiro parto normal, então preferi ter normal também! Eu já sabia! ”
(Girassol)

“Havia planejado tudo sim! Nos detalhes! ”
(Sempre Viva)

“A gestação não, o parto sim! Porque era melhor! ”
(Alamandra)

A maioria não planejou nenhuma das referidas etapas, foram surpreendidas em uma ou outra das etapas:

“Aconteceu né! [...] eu não evitei, se tivesse evitado não tinha vindo não! ” (Petúnia)

“Não! Aconteceu! ” (Delfínio)

“Não! [...] se tivesse planejado não tinha tido filho!
” (Ponta do Sol)

“Não! Nenhum dos dois! ” (Alpínia)

O aconselhamento na pré-concepção tão quanto os cuidados no PN são considerados a etapa mais importante para os benefícios do binômio. Pois, nesta fase ocorre a identificação precoce de riscos e levantamento de diagnósticos e tratamentos. A respeito das políticas públicas, cita-se a Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que é uma das mais importantes políticas públicas para a atenção da saúde da mulher. Quanto ao aspecto reprodutivo da mulher, dispõe de programas que abrange o planejamento familiar; ao PN, parto e puerpério; ao AM; a intercorrência obstétrica; a sexualidade e a vigilância epidemiológica de morte materna (ELISABETH; RAQUEL, 2008).

Sabe-se que o planejamento familiar está incluso no sistema de atenção pelo SUS desde 1996, pela Lei nº 9.263, garantindo assim: informações, meios, métodos e técnicas para contracepção e tratamento de infertilidade. Tal planejamento se dá por meio de consultas com médico da família ou enfermeiro. Ao qual busca conhecer e acompanhar a mulher em idade reprodutiva, atentando para a história reprodutiva, com enfoque de um olhar detalhado ao histórico obstétrico. Analisando o histórico reprodutivo e familiar para melhor rastreabilidade genética (HOPKINS et al., 2006).

Em relação a gestação até o nascimento do recém-nascido aos compartilharem informações sobre tal evento, elas afirmaram que os momentos em que lhe aconteceram maiores dúvidas ou medos foram no momento do parto, seguido do período de pré-natal. Conforme se pode observar:

A dor! [...] eu senti muita dor na hora que estava nascendo! (Petúnia)

“Ah, foi nas contrações na hora do nascimento! Nossa dolorido demais, eu já sabia das dores e sempre quis ter parto normal! ” (Rosa Branca)

“Do parto. A insegurança é porque eu achei que era cesárea e foi parto normal. Daí eu fiquei sabendo só na hora. Eu fui chegando e ganhando. Durante a gestação foi orientada que seria parto cesáreo! ” (Copo de Leite)

“O parto! Sei lá. Eu penso assim que aconteceria alguma coisa ruim, eu não sei! Com medo de eu não conseguir! ” (Delfínia)

“Na hora de ganhar. Porque, eu estava com medo de não ganhar ele no “normal”, com medo de acontecer alguma coisa! ”. (Alamandra)

“O parto! O medo e a insegurança de não conseguir! ” (Alpínia)

“Na hora do pré-natal, e porque tinha um monte de exames para fazer! ” (Ponta do Sol)

“Do primeiro não tive medo nem no começo nem do fim! Agora do segundo tive um pouco de complicações então no começo eu tive medo [...] e vomitava excessivamente [...], placenta baixa, tive sangramento, esses tipos de complicações! ” (Girassol)

Através das consultas de enfermagem, com escuta qualificada sem discriminação, respeito e dignidade. Dá-se início ao acompanhamento seguro e saudável da mulher que procura o serviço de saúde tão quanto seu acompanhamento. Pois, a saúde da mulher e da criança têm sido alvo de atenção por parte do MS, uma vez que deseja melhorar com qualidade a assistência prestada a esta população através de diversos programas.

A partir daí, a enfermagem, através de suas intervenções por meio da tecnologia leve-dura, instrui a gestante orientações e acompanhamento quanto à minimização da dor, do enjoo matinal, pirose e outros eventos adversos, oriundos da gestação. Por meio de educação em saúde, tão quanto orientações a exercícios de equilíbrio pélvico, repouso periódico (com elevação dos membros inferiores), ingestão de alimentos adequados que aumentem a absorção de cálcio e proteína (em pequenas quantidades e em intervalos menores), além de incentivar o uso de roupas íntimas de algodão e confortáveis. Entre outras recomendações, incentivar a redução de consumo de cafeína e eliminar o uso do tabagismo (FREITAS et al., 2011).

Quanto aos aspectos emocionais durante o período gestacional e puerperal, ocorre uma sobrecarga emocional devido à ansiedade, medo e as mudanças psicossociais. Todos estes sentimentos podem surgir por vários fatores; dos quais as maiores manifestações tendem a ser transitórias. Algumas surgem após o parto levando à depressão (transitória) ou a perda do corpo gravídico ou a separação da mãe e neonato (BRASIL, 2006).

Quanto ao plano de parto e sua assistência, as gestantes possuem direito de serem atendidas em qualquer unidade integrante do SUS tão quanto sua internação e transferência,

quando necessário, e do RN. Por meio da Humanização no parto, seja normal ou cirúrgico, desde a sua recepção e assistência em trabalho de parto. Sendo assegurados procedimentos de analgesia. Assim, preconiza-se a assistência médica e de enfermagem ao RN, bem como relatórios e registro do parto, além de registrar a evolução do trabalho de parto em partograma. Seguido de cuidados pós-parto e de apoio diagnóstico quando necessário. (BRASIL, 2017)

5.2 Categoria B - O empoderamento: informações e direitos

Quando questionadas em relação ao conhecimento referente aos benefícios do parto normal adquiridos durante a assistência do pré-natal a maioria afirma conhecê-los parcialmente.

“Acho que depois para a saúde da mulher, a gente fica mais forte, a recuperação!” (Estrela Azul)

“A recuperação assim [...] é mais rápida né! Eu só sei da recuperação mesmo!” (Rosa Branca)

“Alguns! Recuperação, e pro bebe, como ele já vai se comportar durante o afeto entre a mãe e o bebe ainda na sala do parto!” (Azaléia)

“Um que é menos risco de infecção e a recuperação melhor para a mãe!” (Alamandra)

Aparecem aquelas que desconhecem totalmente. Havendo questionamento pelas entrevistadas as pesquisadoras pelo fato ao qual não acreditavam ser relevante ou desnecessário. Pois, sequer compreendiam que estavam usufruindo de seus direitos.

“Não! Eu nunca nem parei para pensar!” (Girassol)

“Não! Eles não me falaram não! Eu não fiz o pré-natal!” (Ponta do Sol)

“Não! Desses aí eu não sei! (Magnólia)

Evidenciou-se entre as entrevistadas um conhecimento por vezes ausente, hora inadequado ou parcialmente divergente em relação aos direitos da mulher durante o trabalho

de parto e parto. Ressalta-se que em face ao desconhecido e a observação da rotina hospitalar, diversas entrevistadas relatavam o fato ocorrido com ela, e assim o declarava como seu direito sem conhecimento explícito prévio tanto em fase de pré-natal quanto no parto.

“Não! Porque Quando eu comecei a fazer o pré natal com ele falaram pra mim que eu não podia ter acompanhante né! Falaram pra mim que não poderia ter acompanhante, ai eu preoquei, agora como que eu faço sem experiência nenhuma com neném [...] quando cheguei aqui ai descobri que podia, ai a menina falou assim não pode, ela pode ficar com você sim!” (Violeta)

“Que a gente pode ter acompanhante! [...] direito de ser tocada [...]!” (Amor Perfeito)

“O acompanhante de sua preferência mulher né! [...] e você ser assistida por um enfermeiro, uma equipe!” (Azaléia)

“No parto! O acompanhamento da enfermagem e do acompanhante!” (Sempre Viva)

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, por meio da PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000, considera que a mulher no processo gestacional, parto e puerpério possui direito de informações e atendimento digno e de qualidade, bem como o seu acompanhamento no PN de forma segura e humanizada. A mesma ainda possui garantido no mínimo 06 (seis) consultas e 01 no puerpério. Além de exames laboratoriais e testagem rápida. A gestante tem o direito de realizar o esquema vacinal conforme o Calendário de Imunização da Gestante. Permanecendo dentro da Política de Humanização às mesmas são garantidas a Classificação de Risco, atividades educativas, presença de 01 pediatra em sala de parto e visitas sem restrições de horário ao pai do RN (BRASIL, 2017).

Em relação ao direito ao acompanhante durante o pré-natal, parto e puerpério a maioria afirma ter tido tal direito respeitado, porém, não em todos as fases do período gravídico puerperal.

“Sim! Só no pré-parto, eles não deixam, até brigaram com ela!” (Azaléia)

“Sim. Só na sala de “ganhar” que eles não “deixaram”!” (Alamanda)

“Tive! Sabia não!” (Ponta do Sol)

“ Foi. Foi sim! ” (Magnólia)

Aparece ainda um caso isolado que afirma que seu direito foi respeitado, porém ficou sozinha pela ausência de familiares ou amigos, em decorrência de diversos fatores ao qual assumiu falta de preparo em âmbito familiar para que permanesse de fato um acompanhante.

“Não tenho ninguém aqui, minha família e toda de Brasília! [...] meu marido tinha que ficar com as crianças” (Petúnia)

A gestante possui diversos direitos garantidos e estabelecidos por leis. Dentre os quais, garantido desde 2005, pela Lei Federal nº 11.108, mais conhecido como a Lei do Acompanhante, ao qual determina que toda gestante possui o direito de acompanhante seja este em todo o período de trabalho de parto, parto e no pós parto. No âmbito desta lei, descreve-se que a gestante pode optar em escolher e decidir quem será este acompanhante, seja amigo (a), mãe, parceiro atual, ou qualquer outra pessoa de sua preferência (BRASIL, 2005).

O acompanhante proporcionará um envolvimento muito importante em todo processo gestacional e puerperal da mulher. Quando o mesmo participa no parto, garante melhor estímulo ao parto normal; menor duração de trabalho de parto; diminui o medo a tensão e conseqüentemente alivia a dor; aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto; há diminuição da ocorrência de depressão pós-parto; além de favorecer o aleitamento materno e fortalecer o vínculo do binômio.

5.3 Categoria C - O papel do enfermeiro: educativo e construção do vínculo do binômio.

As entrevistadas relataram suas experiências durante o parto em relação ao contato pele a pele ainda na sala de parto e o aleitamento materno precoce.

Em relação ao contato pele a pele a maioria realizou tal feito, ainda na sala de parto, conforme relatos a seguir:

“Sim! Colocaram ele no eu peito! ” (Amor Perfeito)

“Sim! Colocou ele no meu peito, tive contato com ele e só depois eles tiraram! ” (Girassol)

“Tive! Eu apertei ele ai a doutora brigou, porque na hora da emoção eu apertei ele ai ela não aperta não *(fala com bastante emoção e risos)* beijei a cabecinha dele! ” (Rosa Branca)

“Sim! Tirou ele já colocou em cima de mim, uai emoção né! De estar pegando o feto naquela hora ali! ” (Azaléia)

Segundo o MS a prática de colocar o recém-nascido logo após o parto em contato pele-a-pele com a mãe promove benefícios para manutenção da temperatura corporal tão quanto a facilidade do aleitamento materno, rico em nutrientes que favorecerão a imunidade e proteção contra doenças típicas no primeiro ano de vida da criança até a fase adulta. Aumentando assim o vínculo do binômio e permitindo melhor adaptação da vida fora do útero (BRASIL, 2018).

Apenas um caso isolado, não conseguiu ter o contato com o recém-nascido por motivos de condições desfavoráveis durante o nascimento. Caso ao qual a entrevistada demonstrou pleno conhecimento e necessidade de intervenção imediata para saúde de RN.

“Não! Porque ele nasceu com falta ar, eu vi ele de manhã cedo, nasceu cansadinho, teve que ir para o oxigênio! ” (Violeta)

Ao serem questionadas ao início do aleitamento materno precoce, ainda em sala de parto, a maioria permaneceu em afirmativa negativa seguido de justificativas pela falta do mesmo, conforme falas a seguir:

“Na sala não! ” (Estrela Azul)

“Não, nenhum dos gêmeos! ” (Copo de Leite)

“Não. Fui amamentar no quarto, porque eles não vieram ajudar. A gente que ainda foi lá perguntar se podia! ” (Delfínia)

“Não. Não me propôs esta oportunidade de amamentar lá. Assim que eu sai da sala do parto e fui encaminhada “pra cá” (ALCON) e aqui que orientaram! ” (Alpínia)

“Não. Na sala de parto não. Porque foi rápido e não teve tempo! ” (Magnólia)

Destaca-se no programa RC, instituído pela Portaria N° 1.459 GM/MS, de 24 de junho de 2011, que se constitui por um conjunto de ações que levam à gestante um atendimento de qualidade, com segurança e humanizado. Garantindo a atenção integral durante o pré-parto, parto, nascimento e puerpério. Ao qual o RN recebe o clampeamento tardio do cordão umbilical, além do contato pele a pele com a mãe e ao aleitamento materno até a primeira hora de vida. O leite humano, por meio do colostro, fornece desde proteínas e sais minerais, a vitamina D. Tal vitamina que é fornecida pelo aleitamento precoce ou seja, logo após o nascimento, ainda na sala de parto. Diminuindo os índices de mortalidade infantil no primeiro ano de vida da criança (BRASIL, 2012).

Em relação aos cuidados e orientações recebidas durante o período gravídico-puerperal, ao que concerne aos profissionais, especialmente a equipe de enfermagem; questionou-se as participantes o que poderia ser melhorado, e as evidências encontradas foram:

“A assim o atendimento ser mais rápido, as enfermeiras mais, porque teve enfermeira que assim as vezes estava passando mal e elas nem deram assistência, lá na GAE, acho que ali tem mulher despreparada pra atender a agente! ” (Estrela Azul)

“Assim eu acho assim , que deveria melhorar assim o atendimento aqui, porque demora demais a atender agente eu acho assim que deveria atender assim não muito rápido , mas não deixar agente sentir tanta dor igual eu sofri, orientar também ,conversar mais , porque aqui cheguei ninguém veio conversar comigo , as enfermeiras não falou o que eu tinha que fazer nem nada , ai eu comecei a ficar cansada e ela viu que eu estava cansada de fazer força ai ela começou a falar, não e assim que faz força, você pega fecha a boca fecha o nariz e faz força pra baixo, ai q ela veio me orientar , mas ela deixou eu sofrer um pouco!” (Violeta)

“A qualidade de algumas enfermeiras, né! Tem umas que são muito boas e tem umas, que já deixa a desejar! “ (Azaléia)

“Uai, a assistência, né! A assistência ser melhor na hora do parto “pra” não deixar a gente sofrer tanto. Não só da enfermagem. Mas, num conjunto do todo. De todo mundo! ” (Sempre Viva)

Conforme o Manual Técnico do Pré-natal, Parto e Puerpério de São Paulo, em 2018, preconiza a importância de observar aos aspectos psíquicos bem como a acolhida por parte da equipe multiprofissional. Permitindo assim um vínculo familiar, com escuta ativa atentando aos sintomas relatados proporcionando uma postura de apoio. Ressaltando, que a equipe deve permanecer atenta a qualquer indício de sintoma emocional alterado no puerpério, seja transitório ou mais grave. Para que haja intervenção pela equipe e conduta adequada imediatamente (BRASIL, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde, em especial o enfermeiro profissional apto ao exercício do autocuidado por meio de ações educativas que valorizem a mulher como protagonista do processo gestacional, possuem função primordial em todas as fases do ciclo gravídico da mulher até seu puerpério tão quanto à sua família. Tendo em vista que a maioria das parturientes não tiveram informações suficientes desde o PN até o puerpério. Fato este que foi possível ser evidenciado em nosso estudo. Pois, observamos a importância do enfermeiro desde a consulta no planejamento familiar por meio de utilização das tecnologias leve, leve-dura e dura, além de ações educativas individual ou em grupo, por meio do grupo de apoio, uma vez, em que se tem a oportunidade ímpar de oferecer orientações desde a pré-concepção ao período puerperal. Promovendo assim maior segurança, melhor preparo emocional e físico para o parto.

Portanto cabe a nós, futuros profissionais, fazer a diferença no mercado de trabalho no sentido de valorizar o ser humano como um todo. Fazendo com que este seja o foco principal da assistência. Permitindo e sendo coparticipante dos direitos adquiridos pela família no processo parturitivo tão quanto respeitando a cada fase gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. {Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro}. São Paulo: Edições 70, 2016.

BENUTE, G. R. G. et al. Aspectos psicossociais da gestação múltipla: revisão de literatura. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 2, p. 24-45, jul. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Aleitamento Materno**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf3.pdf>> Acesso em: 08 ago. 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf> Acesso em: 10 ago. 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 06 set. 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde: Pré Natal e Parto**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto>> Acesso em: 11 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.418, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2005**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html> Acesso em: 08 ago. 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI Nº 11.108, DE 07 DE ABRIL DE 2005**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/lei_acompanhante.pdf> Acesso em: 28 ago. 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 569 GM/MS, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 08 ago. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Ministério da Saúde, FEBRASCO, ABENFO. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001.

CASTRO, J.C; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 6, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Person Prentice Hall, 2002.

- DUARTE, S. J. H.; DE ALMEIDA, E. P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014.
- FILHO, J.R.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Normal**. 13. ed. Rio de Janeiro/RJ, Guanabara Koogan, 2014.
- FREITAS, F.; et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2011.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal**. Barueri/SP: Manole, 2011.
- HOPKINS, Johns. **Manual de Ginecologia e obstetrícia**: 2ª ed. São Paulo/SP: Artmed, 2006.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MEDEIROS, R. M. K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 69, n. 6, p. 1091-1098, Dec. 2016.
- MINAYO, M. C. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.
- NETTINA, S. M., **Prática de Enfermagem**. 9. ed., Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2011.
- PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**. Maringá, 2008.
- RABELO, L. R.; DE OLIVEIRA, D. L. Percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2010.
- SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2018. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2018/06/LINHA-DE-CUIDADO-DA-GESTANTE-manual-tecnico-vf-21.06.18.pdf>> Acesso em 12 dez. 2018.
- TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016.
- WORDL HEALTH ORGANIZATION. **Manejo das Complicações na Gestação e no Parto**. Porto alegre/RS: Artmed, 2005.
- SOGIMIG, Sociedade Brasileira de Ginecologia de Minas Gerais. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia**. 5. ed., Belo Horizonte/MG: Coopmed, 2012.
- STRAPASSON, M. R.; FISCHER, A. C. S.; BONILHA, A. L. L. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS - relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 2011.

APENDICES



APENDICE A – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARTO NORMAL: SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA PARTURIENTE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM ANÁPOLIS-GO

Prezado participante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Parto normal: sentimentos vivenciados pela parturiente em uma unidade de saúde em Anápolis-GO”. Desenvolvida por Lucimar Afonso Alves dos Santos e Ana Clara Marcelino de Souza, discentes de graduação em Enfermagem do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação da Professora Ma Meillyne Alves dos Reis. O objetivo central do estudo é: Descrever os sentimentos vivenciados pela puérpera sobre o processo de parto e parto em uma unidade de saúde em Anápolis-GO.

O convite a sua participação se deve à realização de melhorar o conhecimento para aprimoramento da assistência prestada pela enfermagem na atenção à saúde da mulher nos cuidados de pré-parto e parto. Ao qual se deve ao fato da senhora ser puérpera que foi submetida a parto normal nas últimas 48 horas, que está internada; que tem idade igual ou maior que 18 anos a 40 anos de idade.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, haverá riscos em virtude do contato direto com mulheres no puerpério imediato e considera-se que a pesquisa apresenta risco mínimo à participante. Acredita-se que estes estejam relacionados a aspectos psicoemocionais, uma vez que o período puerperal é também rico na mobilização de sentimentos da mulher. Assim, pode-se pensar em algum constrangimento para expor sua experiência e sentimentos, em especial quando não tenha conseguido desempenhar adequadamente as orientações fornecidas no processo parturitivo. Em tais casos, também poderá haver manifestação de alteração facial, inclusive choro ao revisitar sua prática. Ao menor sinal de desconforto demonstrado por você, será questionado quanto à continuidade de sua participação e oferecido apoio pela pesquisadora. Será respeitada a vontade da

participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja sua vontade, em outra ocasião. Caso não queira, mais participar, o TCLE, será retirado sem ocasionar nenhum dano à participante. Haverá total anonimato da identificação das puérperas. Pois, serão substituídos seus nomes por flores. O que demonstra ser um risco mínimo de sua verdadeira identificação.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito pelas pesquisadoras Lucimar Afonso Alves dos Santos, pelo telefone 909021(62)99246-6092 e Ana Clara Marcelino de Souza, pelo telefone 909021 (62) 99354-3862 e pela orientadora Ma Meillyne Alves dos Reis, pelo telefone 9090(62)99137-1144.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização da entrevistada. Será utilizado questionário composto por 10 perguntas fechadas e abertas, entrega de folder explicativo sobre o puerpério. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente vinte minutos, e do questionário aproximadamente dez minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Os quais serão guardadas em material digitalizado. Os questionários estarão sob a guarda e armazenamento da pesquisadora e orientadora, seus resultados analisados e expostos a banca examinadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de que a pesquisa servirá beneficentemente as puérperas e familiares, devido a entrega e esclarecimento sobre o puerpério através de folder explicativo. Além, de orientações durante toda a entrevista, por parte do pesquisador. Sendo que não haverá nenhum gasto com a participação, que é voluntária, sem nenhum tipo de pagamento ao final da mesma. Outros benefícios da pesquisa, quanto aos resultados, servirão como base para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem na atenção à saúde da mulher. Contendo os principais pontos de questionamentos com tomada de decisão para readequação dos padrões de qualidade prestados pela enfermagem.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese para trabalho de conclusão de curso, como parte integrante para obtenção de título de graduação em enfermagem.

Assinatura da Pesquisadora Responsável –UniEVANGÉLICA

Assinatura da Pesquisadora Responsável –UniEVANGÉLICA

Contato dos Pesquisadores:

Pesquisador Responsável: Ma. Meillyne Alves dos Reis.

Pesquisadores participantes: Lucimar Afonso Alves dos Santos / Ana Clara Marcelino de Souza.

Telefone para contato: 9090(62)99137-1144; 909021(62)99246-6092; 909021 (62) 99354-3862.

E-mail: meillynealvesdosreis@yahoo.com.br / lucimareheloisa@gmail.com / anacsouza@hotmail.com

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75070-290.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Anápolis, _____ de _____ de 2018.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-Mail: cep@unievangelica.edu.br

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
PARTICIPANTE DE PESQUISA**

Eu, _____
 RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido _____ pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 2018.

 Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-Mail: cep@unievangelica.edu.br



APENDICE B - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “Parto Normal: Sentimentos Vivenciados pela Puérpera em unidade de saúde em Anápolis-GO” realizado pelo enfermeiro em maternidade pública do município de Anápolis sobre a óptica do usuário” realizada por Lucimar Afonso Alves dos Santos pelo telefone 909021(62)99246-6092 e-mail lucimareheloisa@gmail.com, e Ana Clara Marcelino de Souza, pelo telefone 909021 (62) 99354-3862 e-mail anacsouza@hotmail.com matriculadas no Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da professora Ma. Meillyne Alves dos Reis, a fim de desenvolver Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, a pesquisadora garante que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: descrever os sentimentos vivenciados pelas puérperas durante o processo de parto normal em uma unidade de saúde em Anápolis-GO, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se utilizar uma sala privativa da instituição, onde será realizada uma entrevista semiestruturada, com questionário contendo perguntas 10 abertas e fechadas referente aos sentimentos vivenciados pela puérpera no parto normal e as respostas serão gravadas em um MP4 para posterior análise e transcrição na íntegra. O nome do sujeito participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Quanto aos benefícios da pesquisa prevê - se o de trazer benefício as puérperas e familiares e/ou acompanhantes, devido a entrega e esclarecimento sobre o puerpério através de folder explicativo. Além, de orientações durante toda a entrevista, por parte da pesquisadora. Sendo que não haverá nenhum gasto com a participação (totalmente voluntária) e nenhum tipo de pagamento ao final da mesma. Outros benefícios da pesquisa, quanto aos resultados, servirão como base para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem na atenção à saúde da mulher. Contendo os principais pontos de questionamentos com tomada de decisão para readequação dos padrões de qualidade prestados pela enfermagem.

Será entregue panfleto contendo orientações sobre o puerpério com explicações diretas as puérperas e familiares e/ou acompanhante. Em seguida, realizada a coleta de dados a partir da leitura e explicação do TCLE e posterior concordância e assinatura. Prosseguindo com entrega de folder explicativo sobre o puerpério. Em seguida, será utilizado questionário para o levantamento de dados e informações, além da permissão de gravação de áudio em aparelho MP4.

Haverá riscos em virtude do contato direto com mulheres no puerpério imediato e considera-se que a pesquisa apresenta risco mínimo à participante. Acredita-se que estes estejam relacionados a aspectos psicoemocionais, uma vez que o período puerperal é também rico na mobilização de sentimentos da mulher. Assim, pode-se pensar em algum constrangimento para expor sua experiência e sentimentos, em especial quando não tenha conseguido desempenhar adequadamente as orientações fornecidas no processo parturitivo. Em tais casos, também poderá haver manifestação de alteração facial, inclusive choro ao revisitar sua prática.

Ao menor sinal de desconforto demonstrado por você, será questionado quanto à continuidade de sua participação e oferecido apoio pela pesquisadora. Será respeitada a vontade da participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja sua vontade, em outra ocasião. Caso não queira, mais participar, o TCLE, será retirado sem ocasionar nenhum dano à participante.

Haverá total anonimato da identificação das puérperas. Pois, serão substituídos seus nomes por flores. O que demonstra ser um risco mínimo de sua verdadeira identificação.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS n°. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, ____ de _____ de 2018.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos prontuários da Unidade.

APENDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Qual o seu nome completo e idade e cor?
2. Qual seu estado civil e nível de escolaridade?
3. Qual seu endereço e telefone para contato?
4. Indique a quantidade de:
Gestação(); Parto Normal (); Parto Cesáreo (); Aborto (); Feto Morto ()
5. Qual destas fases de gestação até o nascimento do recém-nascido lhe proporcionou maiores dúvidas ou medo? Explique.
6. Esta gestação e parto foram planejados? Explique.
7. Você conhece os benefícios do parto normal? Cite 02 (dois) benefícios.
8. Qual foi a importância da enfermagem durante todo o processo gestacional e de parto?
9. Caso conheça os direitos das gestantes, poderia citar 02 (dois) direitos.
10. O que poderia ser melhorado para assistência no parto e puerpério?
11. Quando o bebê nasceu, você teve contato pele a pele com ele?
12. Foi respeitado o seu direito ao acompanhante?
13. O recém-nascido foi amamentado na sala de parto?

APÊNDICE D - FORMULÁRIO SÓCIOECONÔMICOCULTURAL

Data de nascimento: ____/____/____.

1. Idade:

18 a 24 anos

25 a 29

30 a 39

Acima de 39 anos

2. Estado civil:

() Solteira

() Casada

() União Estável

() Divorciada/desquitada/separada

() Viúvo

() Outros

3. Município de Residência/ local de moradia:

Cidade: _____; Bairro: _____.

4. Meio de Transporte que utiliza:

() carro () moto () ônibus () a pé () outros, qual?

5. Nível de Instrução:

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio

() Ensino Técnico-Profissionalizante

() Ensino Superior

() Pós-graduado

() Outros: _____.

6. Tipo de Estabelecimento onde você cursou os estudos

() Todo em Escola Pública

- () Todo em Escola Particular
- () Maior parte em Escola Pública
- () Maior parte em Escola Particular
- () Escolas Comunitárias
- () Outros

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS (se mora com os pais, informar os dados da família).

7. Inclusão Digital

Sabe usar o computador? () sim () não

Onde utiliza computador: () casa () trabalho () Lanhouse

Tem acesso à internet? () sim () não

Cite os programas que sabe utilizar

8. Trabalha? () sim () não

Onde? _____.

9. Renda mensal do trabalho:

- () Menos de 1 salário mínimo
- () De 1 a 2 salários mínimos
- () 2 a 3 salários mínimos
- () 3 a 4 salários mínimos
- () acima de 4 salários mínimos

ATIVIDADES CULTURAIS

10. Como você se mantém informado?

- () TV
- () Jornal
- () Revista
- () Rádio
- () Internet

11. Gosta de ler? Não () Sim ()
12. Em caso afirmativo para a questão acima, que tipo de livros gosta de ler?
- () Ficção
 - () Não-ficção
 - () Livros Técnicos
 - () Livros de autoajuda
 - () Outros. Qual? _____.
 - () Nenhum
13. Qual o seu lazer preferido?
- () Teatro
 - () Cinema
 - () Balada
 - () Praia
 - () Shows musicais
 - () Outro. Qual? _____

Obrigada por sua participação!

ANEXO 1 - PARECER COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA