



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

AIARA NASCIMENTO AMARAL BOMFIM

**PERCEÇÃO DE MULHERES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PROCESSO DE PARTO NORMAL**

**SALVADOR
2018**

AIARA NASCIMENTO AMARAL BOMFIM

**PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PROCESSO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, Área de concentração: “Gênero; Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Telmara Menezes Couto

**SALVADOR
2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

BOMFIM, AIARA NASCIMENTO AMARAL
PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTO NORMAL / AIARA
NASCIMENTO AMARAL BOMFIM. -- SALVADOR, 2018.
60 f.

Orientadora: TELMARA MENEZES COLTO.
Dissertação (Mestrado - MESTRADO EM ENFERMAGEM) --
Universidade Federal da Bahia, ESCOLA DE ENFERMAGEM,
2018.

1. Assistência ao Parto.. 2. Enfermagem
Obstétrica.. 3. Humanização do Parto.. 4. Mulheres..
5. Parto Normal.. I. COLTO, TELMARA MENEZES. II.
Título.

AIARA NASCIMENTO AMARAL BOMFIM

**PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PROCESSO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração “Gênero; Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Aprovado em 29 de Agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA

Telmara Menezes Couto _____
Telmara Menezes Couto

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Tânia Christiane Ferreira Bispo _____
Tânia Christiane Ferreira Bispo

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade do Estado da Bahia

Normélia Maria Freire Diniz _____
Normélia Maria Freire Diniz

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Solange Maria dos Anjos Gesteira _____
Solange Maria A. Gesteira

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho às mulheres assistidas durante o processo de parto por enfermeiras obstétricas, pois toda a nossa motivação é fruto do anseio por mais assistência humanizada e que priorize a autonomia das mulheres. Muito obrigada por permitirem partilhar cada momento tão singular e único do parto com vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me abençoar desde o ingresso na Pós-Graduação me dando forças frente às dificuldades e obstáculos, em diversos momentos clamei por Ele.

Aos meus pais, Soleni e Helber, e meus irmãos Raissinha e Juninho e a todos os meus familiares que acreditam em meu potencial e me fazem acreditar que sou digna de tanto amor.

Ao meu noivo Rafael, pela paciência e dedicação, leitura e sugestão na escrita desse trabalho. Compreendeu os momentos de estresse e dedicação passados para idealização do meu sonho de pesquisadora. Obrigada sobretudo nessa reta final onde esteve do meu lado me incentivando.

À professora Telmara Couto, que além de orientadora dedicada, compreensiva, se fez uma amiga com todo incentivo no desenvolvimento da pesquisa, me proporcionando o amadurecimento pessoal e acadêmico com seus direcionamentos. Sem dúvida Tel, voce foi para mim um grande estímulo.

Agradeço ao meu grupo de pesquisa GESTAR (Grupo de Estudos sobre a saúde da mulher no período gravídico-puerperal), digo meu por me sentir tão próxima dele e saber que sua construção tem um pouco de mim. Embora ele seja nosso, pois tantas pessoas deixaram um pouco de si em sua realização.

Ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFBA e a todas as docentes da pós-graduação que contribuíram para o meu desenvolvimento, imbuindo diversos questionamentos ao longa das disciplinas.

Às amigas que a vida vem me proporcionado estreitar cada vez nossa relação: Keury e Fanny e à amiga que o mestrado me deu, Patrícia. Agradeço também as minhas amigas do Hospital Aliança, em especial ao núcleo íntimo “Dir. HA”. Obrigada amigas pelo incentivo, pela disponibilidade de ajuda e por acreditarem em mim.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho e objetivo pessoal, que se concretiza com a apresentação de seus resultados. Muito obrigado!

RESUMO

BOMFIM, Aiara Nascimento Amaral. **Percepção de mulheres acerca da assistência de enfermagem no processo de parto normal**. 2018. 64f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

A assistência de enfermagem às mulheres no processo de parto normal caracteriza-se pela humanização ao parto e nascimento, de modo a respeitar o processo fisiológico do parto e valorizar aspectos naturais e próprios das mulheres. Este fato se distancia de condutas marcadas por intervenções desnecessárias e converge para o respeito à autonomia da mulher. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção de mulheres acerca da assistência de enfermagem recebida durante o processo de parto normal. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abrangência qualitativa realizada com 13 mulheres maiores de 18 anos em duas maternidades públicas situadas no município de Salvador, Bahia. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com uso de formulário entre os meses de junho de 2017 a abril de 2018, após a aprovação do Comitê de Ética e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram transcritas e as falas foram analisadas através da técnica de Análise Categorical Temática proposta por Bardin. As participantes foram caracterizadas quanto aos aspectos socioeconômicos. Em relação à escolaridade, 9 mulheres possuíam ensino médio completo. A renda individual entre todas variou de zero a R\$2.500,00, e renda familiar de R\$200,00 a R\$6.000,00; 12 mulheres declaram-se pardas/negras; seis mulheres eram casadas. Em relação às características obstétricas o número de gestações variou de um a seis, e o número de partos de um a cinco. Em relação à experiência de abortamento, cinco mulheres declaram ter ao menos uma. Na análise, emergiram as seguintes categorias: Satisfação com a assistência de enfermagem com as subcategorias: Satisfação com atendimento recebido, Satisfação com a promoção bem-estar da mulher e Satisfação pela valorização da mulher no processo de parto. As demais categorias foram: Assistência permeada por relações verticais e intervenção técnica, Assistência permeada por sentimentos de abandono e Assistência permeada por insatisfação com a estrutura ofertada. Considera-se que essa pesquisa reconhece os benefícios das práticas assistenciais não intervencionistas no momento do processo de parto, bem como valorização e respeito à autonomia da mulher. Entretanto, foi identificada ainda a presença de relações verticais e centradas na técnica, que de alguma forma se apresentam prejudicam o protagonismo das mulheres no parto. Houve insatisfação com a estrutura física das instituições de saúde, que dificultaram a ambiência e a privacidade no parto. A peregrinação anteparto também foi identificada evidenciando fragilidade do acesso seguro da gestante à maternidade. Os achados desse estudo podem contribuir para auxiliar na tomada de decisões de gestores de unidades de saúde, bem como, contribuiu para os profissionais de saúde na escolha de estratégias de cuidado que possam atender as necessidades individuais de cada mulher.

Palavras-chave: Assistência ao Parto. Enfermagem Obstétrica. Humanização do Parto. Mulheres. Parto Normal.

ABSTRACT

BOMFIM, Aiara Nascimento Amaral. **Perception of women about nursing care in the normal birth process**. 2018. 64f. Dissertation (Master in Nursing) - Nursing School, Federal University of Bahia. Salvador, 2018.

Nursing care for women in the normal birth process is characterized by humanization at birth and birth, in order to respect the physiological process of childbirth and to enhance the natural and proper aspects of women. This fact distances itself from behaviors marked by unnecessary interventions and converges towards respect for women's autonomy. This research aims to know the perception of women about the nursing care received during the normal delivery process. This research aims to know the perception of women about the nursing care received during the normal delivery process. This is a descriptive, exploratory and qualitative research carried out with 13 women over 18 years old in two public maternity hospitals located in the city of Salvador, Bahia. Data collection was done through an interview with the use of the form between June 2017 and April 2018, after approval by the Ethics Committee and the signing of the Informed Consent Term. The interviews were transcribed and the speeches were analyzed by thematic category analysis proposed by Bardin. Participants were characterized as to socioeconomic aspects. In relation to schooling, 9 women had completed high school. Individual income ranged from zero to R \$ 2,500.00, and family income from R \$ 200.00 to R \$ 6,000.00; 12 women declare themselves to be blacks; six women were married. Regarding the obstetric characteristics, the number of pregnancies ranged from one to six, and the number of births from one to five. Regarding the abortion experience, five women report having at least one. In the analysis, the following categories emerged: Satisfaction with nursing care with the subcategories: Satisfaction with care received, Satisfaction with the promotion of well-being of the woman and Satisfaction with the appreciation of the woman in the process of childbirth. The other categories were: Assistance permeated by vertical relations and technical intervention, Assistance permeated by feelings of abandonment and Assistance permeated by dissatisfaction with the structure offered. These categories allowed the recognition of non-interventionist care practices at the time of the birthing process, as well as appreciation and respect for women's autonomy. However, the presence of vertical and technique-centered relationships, which somehow present themselves, undermine the role of women in childbirth. There was dissatisfaction with the physical structure of health institutions, which hindered the environment and privacy at childbirth. The antepartum pilgrimage was also identified, showing fragility of the pregnant woman's safe access to maternity. The findings of this study may contribute to the decision-making of health unit managers, as well as contributing to health professionals in choosing care strategies that can meet the individual needs of each woman.

Key words: Childbirth care, Obstetric nursing, Humanization of labor, Women, Normal birth.

RESUMEN

BOMFIM, Aiara Nascimento Amaral. **Percepción de mujeres acerca de la asistencia de enfermería en el proceso de parto normal**. 2018. 64f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía. Salvador, 2018.

La asistencia de enfermería a las mujeres en el proceso de parto normal se caracteriza por la humanización al parto y nacimiento, de modo a respetar el proceso fisiológico del parto y valorar aspectos naturales y propios de las mujeres. Este hecho se aleja de conductas marcadas por intervenciones innecesarias y converge para el respeto a la autonomía de la mujer. Esta investigación tiene como objetivo conocer la percepción de mujeres acerca de la asistencia de enfermería recibida durante el proceso de parto normal. Esta investigación tiene como objetivo conocer la percepción de mujeres acerca de la asistencia de enfermería recibida durante el proceso de parto normal. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria y cualitativa realizada con 13 mujeres mayores de 18 años en dos maternidades públicas situadas en el municipio de Salvador, Bahía. La recolección de datos ocurrió a través de una entrevista con el uso de formulario entre los meses de junio de 2017 a abril de 2018, después de la aprobación del Comité de Ética y la firma del Consenso Libre y Esclarecido. Las entrevistas fueron transcritas y las palabras fueron analizadas por Análisis Categórico Temático propuesta por Bardin. Las participantes fueron caracterizadas en cuanto a los aspectos socioeconómicos. En cuanto a la escolaridad, 9 mujeres poseían educación media completa. La renta individual entre todas varió de cero a R \$ 2.500,00, y renta familiar de R \$ 200,00 a R \$ 6.000,00; 12 mujeres se declaran pardas / negras; seis mujeres estaban casadas. En relación a las características obstétricas el número de gestaciones varía de uno a seis, y el número de partos de uno a cinco. En relación a la experiencia de aborto, cinco mujeres declaran tener al menos una. En el análisis, surgieron las siguientes categorías: Satisfacción con la asistencia de enfermería con las subcategorías: Satisfacción con atención recibida, Satisfacción con la promoción bienestar de la mujer y Satisfacción por la valoración de la mujer en el proceso de parto. Las demás categorías fueron: Asistencia permeada por relaciones verticales e intervención técnica, Asistencia permeada por sentimientos de abandono y Asistencia impregnada por insatisfacción con la estructura ofertada. Estas categorías permitieron el reconocimiento de las prácticas asistenciales no intervencionistas en el momento del proceso de parto, así como valoración y respeto a la autonomía de la mujer. Sin embargo, se identificó aún la presencia de relaciones verticales y centradas en la técnica, que de alguna forma se presentan perjudican el protagonismo de las mujeres en el parto. Hubo insatisfacción con la estructura física de las instituciones de salud, que dificultaron el ambiente y la privacidad en el parto. La peregrinación anteparto también fue identificada evidenciando fragilidad del acceso seguro de la gestante a la maternidad. Los hallazgos de este estudio pueden contribuir a auxiliar en la toma de decisiones de gestores de unidades de salud, así como, contribuyó a los profesionales de salud en la elección de estrategias de cuidado que puedan atender las necesidades individuales de cada mujer

Palabras clave: Asistencia al parto, Enfermería Obstétrica, Humanización del parto, Mujeres, Parto normal.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|---|----|
| Quadro 1 | Caracterização das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2018. | 31 |
| Quadro 2 | Descrição das categorias e subcategorias da pesquisa, Salvador, Bahia, 2018 | 32 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| EEUFBA | Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia |
| EESP | Escola Estadual de Saúde Pública |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| FAPESB | Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia |
| GESTAR | Grupo de Estudos sobre a saúde da mulher no período gravídico-puerperal |
| IPERBA | Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAISM | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PAISC | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança |
| PBE | Prática Baseada em Evidências |
| PHPN | Política de Humanização do Parto e Nascimento |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNSMI | Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| VIDA | Violência, Saúde e Qualidade de Vida |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 16 |
| 2.1 HISTÓRIA DO PARTO NORMAL..... | 16 |
| 2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER..... | 19 |
| 2.3 O CORPO DA MULHER NA HISTÓRIA DO PARTO..... | 23 |
| 2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA..... | 24 |
| 3 METODOLOGIA..... | 27 |
| 3.1 TIPO, LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 27 |
| 3.2 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE ESTUDO..... | 28 |
| 3.3 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS..... | 28 |
| 3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 29 |
| 3.5 ASPECTOS ÉTICOS..... | 30 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 31 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 31 |
| 4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS CATEGORIAS..... | 32 |
| 4.2.1 Satisfação com a assistência de enfermagem..... | 33 |
| 4.2.1.1 Atendimento recebido..... | 33 |
| 4.2.1.2 Promover bem-estar da mulher..... | 35 |
| 4.2.1.3 Valorização da mulher no processo de parto..... | 47 |
| 4.2.2 Assistência permeada por relações verticais e intervenções técnicas..... | 39 |
| 4.2.3 Assistência permeada por sentimentos de abandono..... | 41 |
| 4.2.4 Assistência permeada por insatisfação com a estrutura ofertada..... | 42 |
| 5 CONSIDERAÇÕES..... | 45 |
| REFERÊNCIAS..... | 46 |
| APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 51 |
| APÊNDICE B – FORMULÁRIO SEMI ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA..... | 53 |
| ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO..... | 54 |
| ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO..... | 55 |
| ANEXO C - PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... | 56 |

1 INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica vem sofrendo mudanças nos últimos vinte anos, principalmente no que se refere à política de atenção ao parto e nascimento. Estas mudanças refletiram na redução da mortalidade materna no Brasil, que foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, entre 1990 e 2015, o que representou uma diminuição de 56% (BRASIL, 2018a). A assistência prestada pelas enfermeiras às mulheres de risco habitual faz parte deste contexto histórico e político, estando frequentemente associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais que promovem a humanização do parto e nascimento.

O parto normal, evento natural e fisiológico, tem sido ao longo das décadas encarado como um evento doloroso, sofrível, de potencial risco, que requer medidas farmacológicas e intervencionistas. Nesse cenário, o parto cirúrgico aparece como alternativa para as incansáveis horas de dor, porém sem eliminar as intervenções desnecessárias, nem a insegurança relacionada ao procedimento (LEAL, 2014; DINIZ, 2005).

O processo de gestar e parir tem se modificado ao longo dos anos. O parto deixou de ocorrer no domicílio com a mulher rodeada por familiares e a presença da figura da parteira, passando a ser realizado em ambiente hospitalar, institucionalizado desde meados do século passado (SENA et al., 2012). Essa institucionalização do parto favoreceu a medicalização da assistência, bem como afastou a figura da parteira do cenário, além de diminuir a autonomia da mulher desde a escolha da via de parto até aumento de intervenções no seu transcorrer (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Enquanto o parto ganha espaço nas instituições de saúde, a mulher que antes era protagonista da situação agora fica sob a “responsabilidade” da instituição e vulnerável a práticas iatrogênicas. A pesquisa *nascido no Brasil*, estudo de base hospitalar realizada em todas as regiões do país, com mais de 23 mil entrevistadas concluiu que as mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos estão sendo desnecessariamente expostas aos riscos de intervenções (LEAL, 2014).

Portanto, torna-se perfeitamente compreensivo o motivo de muitas mulheres temer o parto normal, afinal, rodeada de intervenções – jejum prolongado, acesso venoso, ocitocina, kristeller, episiotomia – somado ao fantasma da dor e comentário do tipo “parto normal é para mulher guerreira, forte e corajosa”, a cesariana se configura como um acalento. Tal cenário pode influenciar no aumento do índice de cesariana nos últimos anos.

Maldonado (2017), aborda o medo que a gestante traz, sobretudo no terceiro trimestre da gestação, associado a não produzir leite suficiente ou ter leite fraco, lacerações vaginais, a

vagina ficar alargada e não retornar ao estado pré-gravídico ou esse medo associado à morte no parto. Em nível mais profundo, essa autora conclui que esses sentimentos ambivalentes presentes em todos os três trimestres gestacional, embora com peculiaridades diferentes, estão relacionados a sexualidade.

O Ministério da Saúde em 2016, na tentativa de dar uma resposta à considerada epidemia das cesarianas lança um protocolo com diretrizes para esse tipo de parto, objetivando diminuir o número de cesarianas desnecessárias, uma vez que o procedimento, quando não é indicado corretamente oferece mais riscos à vida da mãe e bebê, além de aumentar a probabilidade de surgir problemas respiratórios para o recém-nascido e risco de morte materna e infantil (BRASIL, 2016).

Diante desse cenário de “aversão” ao parto normal e epidemia das cesarianas a assistência prestada pela enfermeira obstetra junto à mulher no processo de parturição é considerada como possibilidade para a redução de procedimentos desnecessários, bem como, redução da morbimortalidade perinatal (BARROS; SILVA, 2004). Segundo Sena et al, (2012), a enfermeira destaca-se por oferecer uma assistência humanizada, livre de medicalização excessiva e condizente com o contexto de humanização do parto. Sobretudo, desenvolve um papel crucial principalmente do ponto de vista organizacional dos serviços de saúde, na medida em que o modelo humanístico tenta superar o tecnocrático.

Compreende-se que a promoção de uma assistência humanizada baseada no protagonismo das mulheres é competência institucional e converge com a promoção dos direitos das mulheres na assistência ao parto. Assim, os serviços de saúde devem ser responsáveis pela maneira com que as mulheres são tratadas durante o parto, garantindo o desenvolvimento e implementação de políticas sobre direitos e normas éticas.

Portanto, partindo do pressuposto que: (i) as mulheres peregrinam por mais de um serviço no momento do parto; (ii) sofrem intervenções desnecessárias e não reconhecem que estão com seus direitos violados, (iii) a má qualidade da assistência expõe a mulher a agravos e riscos. Dessa forma, apresenta-se como questão de pesquisa: Qual a percepção de mulheres acerca da assistência de enfermagem recebida durante o processo de parto normal? Esta pesquisa tem por objeto de estudo a assistência de enfermagem recebida durante o processo de parto normal, e objetivo conhecer a percepção de mulheres acerca da assistência de enfermagem recebida durante o processo de parto normal.

Torna-se relevante esse estudo, pois tem a finalidade de contribuir na construção de novos conhecimentos na área, servir como subsídio/referência para a comunidade científica,

bem como para os sujeitos envolvidos nessa temática. Além disso, contribuir para a promoção dos direitos e cidadania das mulheres, dar visibilidade às questões que permeiam a vida desse segmento populacional e auxiliar na tomada de decisões de gestores de programas e políticas de saúde.

A aproximação com a temática surgiu desde o quarto semestre do curso de graduação em Enfermagem na Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) onde fui bolsista de iniciação científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB) por 02 anos e integrante do grupo de pesquisa: Violência, Saúde e Qualidade de Vida- VIDA, trabalhando com a temática violência doméstica contra a mulher.

Ainda na graduação fui estagiária do programa Permanecer da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP-BA) prestando acolhimento às mulheres na emergência do Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia (IPERBA) onde compreendi a necessidade da humanização da assistência à mulher respeitando sua autonomia e dignidade enquanto ser social.

Posteriormente, a experiência da Residência em Enfermagem Obstétrica vivenciada nas maternidades públicas de Salvador, onde estive cotidianamente imersa na assistência obstétrica com seus problemas e entraves o que me permitiu ampliar o olhar para questões acadêmicas, políticas e questionamentos acerca da qualidade da atenção prestada e a necessidade de estudos que enfoquem a assistência de enfermagem obstétrica nesse contexto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA DO PARTO NORMAL

Parto normal é compreendido como a completa saída do feto pela pélvis materna, também chamado de nascimento (ZIEGEL; CRALEY, 1985). Historicamente é um evento fisiológico, inerente ao contexto feminino e familiar, acompanhada por parteiras tradicionalmente reconhecidas pela comunidade (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Nas áreas rurais da Inglaterra e da Europa dos séculos XVI e XVII existiam mulheres praticantes da chamada magia benéfica, essas podiam ser identificados por: mulher sábia, bruxa, curandeira, curiosa. Para Tosi (1991), quando essas mulheres atuavam junto à partos eram identificadas como parteiras ou aparadeiras.

Dentre várias práticas desenvolvidas pelas parteiras temos: rezas, chás, escalda pés, substâncias oleaginosas aplicadas na barriga e períneo, preparado de canela que é estimulante natural (VIEIRA; BONILHA, 2006). Os saberes que as parteiras possuíam foram transmitidos por via oral, visto que a mulher pobre, de comunidade rural, não tinha acesso à educação formal. Dessa forma, o conhecimento empírico das parteiras foi herdado através de laços familiares ou de vizinhança (TOSI, 1991; MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Durante centenas de anos o parto foi tutelado pela igreja como um evento doloroso, um desígnio divino, pois a mulher foi considerada culpada pela expulsão de Adão e Eva do paraíso, conseqüentemente parirás com dor. A obstetrícia cirúrgica masculina oferta solidariedade científica e reivindica superioridade perante o ofício feminino leigo e empírico de partejar e passa a dominar esse cenário (DINIZ, 2005).

Dessa forma, houve um movimento de perseguição e caça às bruxas apoiada pela igreja católica, por padres protestantes, além de, médicos que reivindicavam a obstetrícia para si, que culminou com a morte de centenas de mulheres na Europa e Inglaterra. Para Tosi (1991), esse movimento foi um fenômeno fundamentalmente político, ocorrido paralelamente ao processo de aculturação e hegemonia da população, estreitamente ligado à emergência dos estados nacionais.

Portanto, a medicina incorpora a prática da obstétrica em seu ofício como uma de suas atribuições, incorpora ações desenvolvidas tradicionalmente pelas parteiras e denominou de parteiro ou médico parteiro os profissionais que realizavam tal prática (TOSI, 1991; MOTT, 2005). Esse processo inaugura não somente o enfoque biológico do discurso anátomo-patológico como insere a figura masculina no saber da obstetrícia (BRENES, 1991).

A partir da introdução do saber técnico e científico da medicina no campo da obstetrícia o corpo feminino foi altamente manipulado, o parto sob sedação era muito difundido entre as elites europeias, a pélvis feminina foi esquadrihada com pelvímetros, compassos, o arsenal cirúrgico-obstétrico possuía variedade de fórceps, sinfisiótomos, instrumentos hoje consideradas antiquados, arqueologias na qual nos envergonhamos. (DINIZ, 2005).

Nas primeiras décadas do século XIX no Brasil os partos ocorriam quase que exclusivamente em ambiente domiciliar. Era considerado um acontecimento natural, vivenciado entre familiares, amigas e vizinhas (MOTT, 2005). O parto era um evento de mulheres, a presença do homem raramente era solicitada. A parteira também possuía vínculo com a parturiente, era considerada “comadre”, palavra que remete a laços de afetividade e respeito.

Com a vinda da família Real ao Brasil nossa população passou por um processo de aculturação ao aderir hábitos e costumes europeus. Ocorreram mudanças na sociedade brasileira que impactaram na estrutura econômica, política e cultural (MOTT, 2005). Nesse cenário, o Brasil recebeu parteiras estrangeiras diplomadas para atuarem, ocorrendo uma disputa de mercado com as parteiras nacionais, ditas leigas. Igualmente as parteiras de outros países, as parteiras leigas brasileiras também foram alvo de perseguição, desrespeito e descredibilidade (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Criou-se a ideia na qual parteiras nacionais precisam ser diplomadas nas maternidades, para obter melhores noções de higiene. Na verdade, o que está nas entrelinhas, é que as parteiras deveriam aprender com os médicos o ofício do partejar e a eles serem subordinadas e supervisionadas para atuarem de forma segura (BARBOSA; PIMENTA, 2016).

As mulheres que se dedicavam a partejar deveriam portar uma espécie de licença, concedida pelo Cirurgião-Mor do Império. Nas décadas seguintes, ao necessitar da experiência das parteiras para formar seus médicos obstetras, algumas faculdades de medicina abrem curso de formação de parteiras, obstetrites e posteriormente cursos de enfermagem obstétrica anexos às clínicas obstétricas. Somente em 1949, as escolas de enfermagem passaram a tomar para si a responsabilidade de formar enfermeiras obstétricas (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Nesse cenário político de disputa de saber e poder entre parteiras, enfermeiras e médicos, somado a difusão de instrumentais obstétricos – fórceps, anestesia – e ideia de que parto é algo potencialmente perigoso que os médicos tomam para si o exercício da obstetrícia (MOTT, 2005; MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012). Obviamente não foram só as

parteiras que adentrou às maternidades, as parturientes também, imbuídas na ideia de que parto seguro é com quem tem diploma, então os médicos estavam a frente. Dessa forma se insinua o processo de hospitalização da assistência ao parto.

Na instituição hospitalar a mulher fica sob a responsabilidade da maternidade e vulnerável as intervenções, prevalece nesse cenário o modelo tecnocrático. Vieira e Bonilha (2006), apontam para a ruptura do contexto familiar, manipulação excessiva e desnecessária do corpo da mulher, uso abusivo de medicações para indução do trabalho de parto, realização de tricotomia, episiotomia, amniotomia, Kristeller.

Entretanto, na década de 1970, surgem profissionais dissidentes inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios e impulsionados pelo movimento feminista que se preocupa com os direcionamentos das políticas públicas de saúde. Tais profissionais defendem uma assistência humanizada à gravidez e parto e propõem alternativas para construção de conhecimento e mudanças nas práticas em saúde e sobretudo na perspectiva das mulheres.

Dessa forma, mulheres ativistas e profissionais de saúde, se organizam para criar um movimento em torno da humanização da assistência ao parto e retomada do protagonismo da mulher nesse cenário. Devolver o parto às mulheres é um grande anseio, já que a história da obstetrícia é marcada pela exclusão gradativa das mulheres e sobretudo pela sua capacidade de parir questionada. (VIEIRA; BONILHA, 2006).

Na perspectiva de alinhar o momento histórico atual que se constitui a assistência obstétrica de desincorporação de tecnologia danosa e retomada do protagonismo feminino é que o parto domiciliar planejado ganha espaço. Uma vez que, o ambiente hospitalar é associado a doença, as mulheres buscam locais que lhe proporcionem mais segurança, conforto (NASCIMENTO, 2016).

A enfermagem obstétrica é a categoria profissional que mais defende possibilidades diferentes das mulheres parirem fora do ambiente hospitalar, seja em centros de parto normal no domicílio. Assim, a enfermeira obstétrica é um componente fundamental na assistência humanizada ao parto (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

A assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas durante o processo de parto normal está apoiada no modelo humanizado, pois essas respeitam o direito a acompanhante, utilizam métodos não farmacológicos de alívio da dor, encorajam a liberdade de posição e movimento, e fazem uso do partograma (SOUSA et al., 2016).

2.2 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Entre as décadas de 30 a 70 as ações do governo e da sociedade civil para com atenção à saúde da mulher possuíam características restritivas: uma delas reflexo de uma sociedade machista, onde se leva em consideração o papel biológico da mulher de ser mãe e o papel social de ser dona de casa; a verticalização das ações onde as metas decididas em nível central não avaliava as necessidades locais de saúde das mulheres; falta de integralidade entre as ações/programas o que culminava em fragmentação da assistência e baixo nível de impacto (BRASIL, 2011a).

Organizações não-governamentais desempenharam um importante papel na história das políticas de saúde das mulheres. Em 1942 a Fundação Especial de Saúde Pública – FSESP prestou relevantes serviços à saúde pública do país, ao criar hospitais, participar ativamente nas campanhas de erradicação de doenças, e principalmente na formação de profissionais de saúde, com destaque para a função de visitadoras sanitárias, além de implantar escolas de enfermagem em diversos estados brasileiros. As enfermeiras visitadoras formadas nesta escola dedicavam-se ao trabalho com o grupo populacional materno-infantil e prestar assistência priorizando aspectos educativos de higiene (MAZZA, 1994).

A Bem-Estar Familiar no Brasil – BENFAM, organização não governamental, de ação social, com registro de utilidade pública federal, desenvolveu atendimento em saúde sexual e reprodutiva disseminando métodos de anticoncepção com ênfase no DIU, ações socioeducativas que incluem campanhas, seminários, projetos, produção e distribuição de material informativo e educativo. Tais organizações desempenharam ações paralelas à política governamental de saúde, com foco nas elevadas taxas de fecundidade e mortalidade materna e neonatal. (ARRUDA et al., 1987)

O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAM criado em 1972, vinculado ao Ministério da Saúde tomou para si a tarefa de veicular uma campanha em favor da amamentação, isso por entender que era preciso traçar uma política que favorecesse o aleitamento materno afim de diminuir os índices de mortalidade infantil e as doenças da primeira infância (ARRUDA; ARRUDA, 2007). No Brasil, houve uma redução de aproximadamente 46% da mortalidade infantil, passando de 163 por mil em 1940 para 88 por mil em 1980 (ARRUDA et al., 1987).

Na segunda metade do século XX aconteceram Conferências Mundiais de População. Na Conferência de Bucareste em 1974, muitos países de terceiro mundo se alinharam na defesa de que os países de primeiro mundo estariam exercendo soberania sobre eles.

Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que tinha como propósito contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. Era composto por seis subprogramas, incluindo a assistência materna. Suas principais ações estavam voltadas basicamente para o pré-natal, o controle dos partos domiciliares e o puerpério, além de ações de promoção de saúde da criança (BRASIL, 2011b).

Em 1983 o Ministério da Saúde unifica as ações e converte o antigo programa em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Essa ação foi alvo de críticas na época, principalmente pelo movimento feminista brasileiro que tentava introduzir na agenda política nacional questões das mulheres que não necessariamente estivessem relacionadas a maternidade. Posteriormente houve o desmembramento do programa para duas vertentes, mulher e criança, e a implantação dos programas separadamente (BRASIL, 2011b).

Em 1984 a conferência que aconteceu no México foi pela defesa da estabilização da população mundial. As discussões tratavam não somente da redução dos índices de mortalidade infantil como também da redução da natalidade para favorecer do progresso e desenvolvimento de cada país. Já na Conferência Internacional sobre Populações e Desenvolvimento no Cairo em 1994, foram estabelecidos acordos entre as populações de mais de 179 países, e entre esses acordos existiam premissas sobre a igualdade de gênero e planejamento familiar (RIOS, 2009).

Após uma série de declarações e instrumentos universais as temáticas: direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros, saúde e direitos reprodutivos ganham espaço e tornam-se emergentes na IV Conferência Mundial em Pequim em 1995. Essa conferência teve como resultado um acordo entre os países envolvidos com o objetivo de alcançar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra mulheres. Alves e Corrêa (2009), apontam para um crescimento da participação da mulher em representação parlamentar em todo o mundo e também no Brasil, embora aquém do desejado.

Nacionalmente esses acontecimentos históricos repercutiram de modo a implantar em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres que anteriormente visavam o lado reprodutivo da mulher. O PAISM incorporou aos seus princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade (BRASIL, 2011b).

Implantado paralelamente ao SUS, o PAISM sofreu influências e adquiriu características da nova política de saúde no país (BRASIL, 2011b). Contudo pesquisadores tecem críticas ao programa e apontam que mesmo representando um grande avanço no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres o programa sofreu grandes dificuldades em sua implementação, sejam elas políticas, financeiras e até mesmo operacionais, visto que o programa não foi transformador da real situação de saúde das mulheres (SERRUYA; CECATTI; LAGO 2004).

De fato, o PAISM foi promissor no que diz respeito a reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, embora ainda faltasse algo. Assim, nos anos 2000, o Ministério da saúde cria uma nova estratégia: O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tendo como pano de fundo o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a humanização na assistência (BRASIL, 2000; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Em 2006 é lançado o manual técnico de pré-natal e puerpério dentro da série de direitos sexuais e reprodutivos.

O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, estabelece critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial, além de apontar ações para a redução da mortalidade materna e neonatal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em 2011 o Ministério da Saúde elaborou o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, em parceria com diversos setores da sociedade civil organizada. Esse documento reflete o compromisso do Estado com ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2011b).

Ainda em 2011 o governo federal lança uma nova estratégia com perspectiva de alavancar o PHPN: a Rede Cegonha. Esta é um conjunto de ações que visam garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê, com atuação integrada às demais iniciativas do SUS para a saúde da mulher.

A Rede Cegonha se organiza através de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e por fim sistema logístico. Tem como diretrizes a garantia de: avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade das mulheres, ampliar acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à

unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade e por fim, acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

Entretanto, é possível encontrar retrocessos com a Rede Cegonha. Fica evidente o retorno ao foco que se dá à saúde materno-infantil deixando a integralidade da saúde das mulheres em segundo plano. A imagem da cegonha transportando o bebê retira simbolicamente o papel das mulheres em trazer seu bebê ao mundo e a persistência histórica da omissão do Estado quando o assunto é abortamento.

Contudo, práticas de humanização da assistência ao parto é tratada de forma diferenciada, incluída nas diretrizes e destrinchadas no guia para a atenção ao parto normal publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento são baseadas em evidências científicas, dentre elas: o acolhimento com classificação de risco, acompanhante de livre escolha da mulher, ofertar alimento, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, dentre outras (OMS, 1996).

A essência da Enfermagem é o cuidado, preferencialmente humanizado e livre de intervenções e com perspectiva de promover da saúde. Portanto, essa profissão é alinhada ao momento histórico de humanização da assistência ao parto e retorno do protagonismo da mulher nesse cenário.

Essas prerrogativas levaram o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Enfermagem a criarem a portaria n.º 163/98 e resolução do MS/COFEN – 223/99 consecutivamente, que introduz no SUS a remuneração da assistência ao parto realizado por enfermeira obstetra, além de autorizar que essa categorial profissional emita laudo para internação hospitalar no âmbito do SUS e realização do parto normal sem distorcia (BARROS; SILVA, 2004), além da criação dos Centros de Parto Normal onde as enfermeiras obstetras possuem maior nível de autonomia em sua prática profissional.

A assistência prestada pelas enfermeiras obstetras está ligada a mudanças nas rotinas institucionais, inserida no contexto da humanização. Frente a necessidade de construir novas práticas na atenção ao parto, essas ações do Ministério da Saúde configuram-se como um estímulo a reinserção da enfermagem em um espaço que lhe é seu por direito conquistado. Através desse respaldo político e com base em evidências científicas sólidas, as enfermeiras obstetras passaram a utilizar técnicas não farmacológicas para o alívio da dor que são favoráveis à evolução natural do parto (SENA et al., 2012).

2.3 O CORPO DA MULHER NA HISTÓRIA DO PARTO

A mulher, enquanto ser social, ao longo da história, passou por diversas transformações. Deixou de ser analisada na perspectiva reducionista de sexo/família e passou a ser vista como ser ativo no processo de construção política e econômica da história da humanidade (SCOOT, 1995).

Entretanto, para falar de parto, indubitavelmente, é preciso falar do corpo feminino. Este foi disciplinarizado e, historicamente, alvo de poder masculino. Para Foucault (1987), é dócil um corpo que pode ser submisso, aperfeiçoado e utilizável. Desde a época clássica se descobriu que o corpo pode ser alvo de poder, na medida em que ele é manipulado, treinado para responder aos comandos e assim torna-se hábil. Com a mulher em processo de parturição não foi diferente, acreditou-se durante décadas que o corpo feminino se tornou habilidoso para o parto após um processo de disciplinarização e intervenção masculina médica.

O discurso médico fundado na experiência clínica de observação dos corpos recai na história da experiência baseada na visibilidade do corpo e na relação entre corpo-objeto, abordando uma das questões cruciais que Foucault coloca na relação entre a medicina clínica e as ciências: a soberania do olhar científico sobre o corpo humano.

Dessa forma, o corpo da mulher em trabalho de parto passou por um processo que o esquadrinhou com o armamentário cirúrgico obstétrico: craniótomos, sinfisiótomos, instrumentos hoje considerados anacrônicos e vexatórios, mas que, auxiliou no processo de treino e socialização desse corpo. Esse processo pode ser equiparado ao que Foucault (1987), chama de disciplinarização do corpo, conseqüentemente, exercendo formas de dominação e poder sobre ele.

Dentre diversas técnicas utilizadas para aplicar disciplina sobre os corpos Foucault (1987) chama atenção para a cerca, que é o confinar o corpo em um determinado espaço delimitado, livre de distrações para poder examiná-lo, esmiuçá-lo melhor. Paralelamente ao que Foucault trouxe, na obstetrícia era preciso vigiar cada instante, verificar cada contração, medir a dilatação do colo, averiguar as qualidades das mulheres para assim conhecer, dominar e utilizar esse corpo. A disciplina organiza o espaço de análise, portanto exige confinamento (FOUCAULT, 1987).

A instituição hospitalar, enquanto espaço físico, funciona como uma das técnicas para desenvolver disciplina, visto que, as mulheres ficaram décadas afastadas de seus entes familiares e companheiro e foram alvo de diversas intervenções baseadas no empirismo. Para Foucault (1987), o hospital moderno se constitui em espaço de domínio médico, assim

percebe-se que os exames obstétricos, como: toque vaginal, ausculta fetal, cardiocografia, ultrassom, dentre outros, são a base da disciplina e transformação do corpo feminino em objeto e alvo do poder, sobretudo do homem, haja vista que a figura da mulher parteira fora desconsiderada ao longo dos anos.

O modelo de instituição hospitalar que Foucault (1987) referencia ser um local que oprime o ser humano, continua como ambiente que oprime as mulheres e cerceia suas vontades, na medida em que seus anseios não são respeitados: posição de parir, analgesia de parto, dentre outros. As mulheres não passaram imunes, nesse sentido, tiveram suas entranhas reviradas em busca da satisfação de um poder-saber-fazer da categoria médica. Durante séculos foi construída política e ideologicamente nas mulheres a incapacidade para parir e necessidade de ajuda profissional, além de intervenções e aparato tecnológico.

A mulher ao longo da história da obstétrica esteve na posição de objeto nas relações entre profissional de saúde e paciente, suas necessidades pouco foram ouvidas. A construção de uma relação onde a mulher esteja como sujeito ativo necessita de autopercepção desta como sujeito e o reconhecimento dos pares. Segundo Merhy (2004), no encontro entre profissional de saúde e usuários há um espaço intercessor, que nos modelos tecno-assistenciais vigentes predomina na relação entre usuários e trabalhadores de saúde um espaço intercessor preenchido pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário.

Portanto, para construir uma assistência à saúde da mulher pautada em suas necessidades é imprescindível que esse sujeito seja ouvido e tenha suas demandas acolhidas. É necessário preencher esse espaço intercessor de vozes e escutas, de modo que ambos falem e sejam escutados (MERHY, 2004).

Nas últimas décadas observa-se um resgate ao fisiológico por parte de diversos grupos sociais – movimento feminista, movimento pela humanização do parto e nascimento, dentre outros – na tentativa de criar mudanças paradigmáticas ao investir no parto normal. Para que assim, seja possível criar uma nova vertente da história, onde a mulher seja o ser social ativo no processo de parto e o corpo que foi um dia dotado de disciplina e docilidade assuma uma postura de corpo emancipado e que sua voz reverberada no encontro entre profissional de saúde e usuária.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Para compreender a assistência de enfermagem obstétrica atual faz-se necessário utilizar à luz da filosofia da ciência proposta por Thomas Kuhn. A partir daí é possível traçar um

paralelo à crise paradigmática do campo obstétrico e a participação da enfermagem obstétrica na revolução científica. Visto que, para acontecer a consolidação do paradigma humanístico na assistência ao parto e nascimento é preciso que decorra algumas etapas (QUITETE et al., 2013).

A primeira delas, é a investigação, visto que o paradigma não está maduro, é necessário desenvolver pesquisas científicas sólidas; na segunda há o convencimento de um dos pontos de vista que acaba por ganhar aprovação entre a comunidade científica e dar-se por surgir o novo paradigma; a terceira fase é a crise do próprio paradigma frente ao que foi levantado cientificamente; na quarta fase há a revolução entre os paradigmas podendo ou não haver substituição do velho paradigma; na quinta e última fase é finalmente dado início a um novo paradigma (KUHN, 2005).

O campo da enfermagem obstétrica passou por processo de desenvolvimento de um novo paradigma. Há anos questiona-se as práticas neste campo relacionando-as à medicalização do corpo, diminuição da autonomia da mulher e realização de práticas intervencionistas no nascimento. O modelo de atenção ou modelo assistencial refere-se ao cuidado, à assistência, à intervenção e às ações ou práticas de saúde. Essas, refletem a lógica que orienta as ações e organiza as tecnológicas dispostas nos meios de trabalho (PAIM, 2014).

A política nacional de humanização foi criada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção em diversas áreas da saúde, por entender que era preciso humanizar ainda mais as relações produzidas no campo da saúde (BRASIL, 2004). A partir da existência de um novo paradigma na enfermagem obstétrica e do conceito de modelo assistencial, observa-se a coexistência de dois modelos de assistência à mulher no processo de parto normal. O hegemônico, onde a mulher adentra a maternidade, seu corpo é visto como máquina e sofre intervenções e medicalizações. E o contra hegemônico, promovendo a humanização do parto e nascimento através do respeito a fisiologia do corpo da mulher. Esses dois modelos de atenção coexistem nos serviços de saúde, hora um destacando-se mais que o outro, dependendo da correlação de forças dos diversos atores e do contexto político ideológico presente na instituição.

Alguns estudos concluem que a promoção da assistência da enfermeira obstetra é uma alternativa para a redução de procedimentos invasivos, bem como, redução da morbimortalidade perinatal (BARROS; SILVA, 2004; CASTRO; CLAPIS, 2005). Visto que, a enfermeira presta uma assistência condizente com o contexto de humanização do parto.

Corroborando, Sena e et al. (2012), abordam o papel de destaque que a enfermagem assume frente a organização dos serviços de saúde, na medida em que o modelo humanístico tenta superar o tecnocrático.

No Brasil, nos últimos cinco anos o número de registros de enfermeiras obstetras nos conselhos regionais de enfermagem aumentou quase dez vezes, demonstrando expansão da categoria nos serviços de saúde (COFEN, 2017). Esta expansão foi fortalecida com a estratégia da Rede Cegonha que estimulou ações para formação de cursos de especializações e residência em enfermagem obstétrica, além da criação de Centros de Parto Normal, Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, Leitos de Pré-parto, Parto e Puérperio (PPP), que possibilitaram avanços para a reorientação do modelo de assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2011c).

Somado às mudanças estruturais nos serviços de assistência obstétrica, é preciso mudar o olhar do profissional que acompanha esse parto. A visão deste é fundamental para a consolidação do paradigma humanístico, visto que a assistência prestada pelas enfermeiras obstetras durante o processo de parto normal está apoiada no modelo de assistência humanizado – pois essas respeitam o direito a acompanhante, utilizam métodos não farmacológicos de alívio da dor, encorajam a liberdade de posição e movimento, e fazem uso do partograma (SOUSA et al, 2016).

Pesquisas abordam que enfermeiras obstetras percebem em sua prática profissional medidas de apoio e conforto, evitam intervenções desnecessárias e estimulam as mulheres a protagonizarem seu parto (CASTRO; CLAPIS, 2005). A compreensão de como as enfermeiras obstetras percebem o seu processo de trabalho, na atenção direta ao parto ou em outros aspectos, pode contribuir na superação dos conflitos e contradições presentes no cenário obstétrico (RABELO; DE OLIVEIRA, 2010).

Nesse sentido, a humanização da assistência ao parto expressa uma transformação na compreensão de parir como experiência humana, ideológica e política, sendo um marco no paradigma humanístico da assistência de enfermagem obstétrica e contribui para que esta categoria profissional alavanque a revolução científica necessária a consolidação no novo paradigma. (QUITETE et al., 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO, LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas para Gil (2010), permite descrever características de uma determinada população ou um determinado fenômeno, descrever pode ser entendido como: identificar; relatar; comparar dentre outros aspectos.

Já as pesquisas exploratórias essencialmente possuem características de testar hipóteses significativas para posteriores pesquisas além de buscar mais informações sobre o assunto a ser mais bem compreendido (MINAYO, 2014). Tem como objetivo desenvolver, esclarecer, aprofundar e compreender melhor um determinado fenômeno, além de apresentar visão geral a respeito do que está sendo estudado (GIL, 2010).

Para Richardson (1999, p. 80) as pesquisas qualitativas “podem descrever a complexidade de um determinado problema, analisar a interpretação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”.

Sendo assim, considerou-se a abordagem metodológica mais adequada para essa pesquisa, visto que trabalha com grupos delimitados, com o estudo das relações, das crenças, das percepções e interpretações que os seres humanos pensam, busca os diversos significados e sentidos que as pessoas atribuem ao mundo social (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas maternidades públicas com perfis similares, ambas instituições acadêmicas, localizadas na cidade de Salvador/Bahia/Brasil. A princípio, pensou-se apenas em uma delas, porém, devido a reforma estrutural da primeira maternidade, o setor de emergência fechou seu atendimento ao público e passou a receber mulheres reguladas de outras instituições, diminuindo consideravelmente o quantitativo de partos normais. Dessa forma, optou-se pela segunda instituição por abarcar uma grande demanda de usuárias que procuram o serviço para acompanhamento de pré-natal, parto e em situações de abortamento. Além disso, tais maternidade têm em sua visão a pesquisa, entendendo que a mesma melhora a qualidade da assistência à saúde e fortalece a qualificação profissional. Ambos locais de pesquisa emitiram carta de anuência aprovando o desenvolvimento da pesquisa em suas instalações (ANEXO A) e (ANEXO B).

As maternidades oferecem serviços nas áreas de ginecologia, obstetrícia e neonatologia a nível ambulatorial e hospitalar. São unidades docente-assistencial com a missões de prestar assistência multiprofissional, humanizada e de qualidade à população, atuar na formação de

recursos humanos aptos para as boas práticas de ensino, pesquisa e assistência especializada e produzir e convalidar conhecimentos em benefício da humanidade (EBSERH, 2016).

As participantes dessa pesquisa foram 13 puérperas pós-parto normal, acima de 18 anos de idade e que receberam assistência durante o período gravídico-puerperal na maternidade. Como critério de exclusão temos puérperas que apresentaram qualquer tipo de transtorno psíquico.

3.2 APROXIMAÇÃO COM OS LOCAIS DA PESQUISA

A aproximação com os locais da pesquisa se iniciou desde a graduação, onde a pesquisadora realizou prática de estágio acadêmico nos setores de emergência, centro obstétrico, sala de parto e alojamento conjunto no ano de 2010. Posteriormente esteve como preceptora de estágio da graduação em 2015 nos mesmos setores. Dessa forma, já reconheço o espaço físico, a organização da instituição, o fluxo das mulheres e processos de trabalho da(o)s profissionais de enfermagem.

Foi pré-determinada, pela coordenadora da divisão de enfermagem da primeira maternidade, a sala da coordenação de enfermagem do Alojamento Conjunto o local onde aconteceu algumas entrevistas. Na segunda maternidade, o local de ocorrência das entrevistas foi na própria enfermaria, beira-leito, optou-se por esse ambiente pela segurança e conforto que as participantes manifestaram sentir ao permanecer no leito ao invés de ir para outro local. As entrevistas tiveram duração média de vinte minutos, foram realizadas de forma individualizada entre às 15 e 18 horas.

O período de realização das entrevistas foi entre os meses de junho de 2017 a abril de 2018 e ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) pelas participantes. Utilizou-se o gravador a fim de registrar as informações das depoentes e posterior transcrição das falas, na íntegra, que contribuiu para a construção do trabalho.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista. Gil (2010), diz que a entrevista tem objetivo de obter dados acerca do interesse da investigação em questão, é eficaz em relação a questões profundas acerca do comportamento humano, permite captar a expressão corporal das depoentes, além de obter diversas respostas.

O uso de ferramentas abertas de investigação “facilita a expressão do sujeito em toda sua complexidade e aceita o desafio que implica construção de ideias e conceitos sobre a informação diferenciada que expressam os sujeitos estudados” (GONZÁLEZ REY, 2010, p. 80-82).

Para Triviños (2008), a entrevista auxilia no esclarecimento e compreensão dos fenômenos sociais no momento em que permite descreve-los. A finalidade em utilizar a entrevista como a forma de coletar dados consiste em produzir os aspectos qualitativos essenciais para elaboração da pesquisa. Essa técnica de coleta de dados foi escolhida por proporcionar menor distorção da realidade a ser pesquisada, devido a sua amplitude e flexibilidade.

O instrumento utilizado para guiar a pesquisa foi um formulário semi-estruturado (APÊNDICE B). A primeira parte do formulário destinada a caracterização sócio demográfica e obstétrica das participantes e a segunda parte a própria questão norteadora. Esse tipo de instrumento de coleta de dados permite a interação entre o entrevistador e entrevistado. Após assinatura das vias do TCLE, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e enumeradas cronologicamente a realização das mesmas, exemplo: M1, M2 até M13.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A sistematização dos dados foi realizada pela técnica de análise de Bardin (2011), na modalidade de Análise Categorical Temática. Esta autora diz que essa técnica passa por etapas das quais são essenciais para compreensão e melhor exploração do mesmo através da leitura e dos discursos das entrevistadas e aglomerar as ideias centrais da fala de cada uma em núcleos.

Primeiramente, realizou-se uma pré-análise através de leitura flutuante do material. Em seguida, leitura minuciosa a fim de se familiarizar com o conteúdo e favorecer a construção das categorias, posteriormente, analisou-se e interpretou-se o material, com base nas categorias criadas e respaldadas por autores que discutam a temática. Emergiram das entrevistas quatro categorias temáticas preponderantes: 1- Satisfação com a assistência de enfermagem; 2- Assistência permeada por relações verticais e intervenção técnica; 3- Assistência permeada por sentimentos de abandono e 4- Assistência permeada por insatisfação com a estrutura ofertada. Sendo que, a primeira categoria exigiu uma subcategorização diante de sua complexidade temática, facilitando, portanto, a apreensão do conteúdo das falas das mulheres entrevistadas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa encontra-se vinculada ao projeto matriz “Atores sociais e fatores envolvidos no processo de parto”, foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da maternidade da pesquisa obtendo parecer favorável consubstanciado 2026663/2017 (ANEXO C), respeitando as premissas éticas apontadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Previamente às entrevistas, as participantes foram esclarecidas quanto às finalidades e contribuições do estudo para então, consentirem em participar voluntariamente do mesmo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O material multimídia gerado a partir das gravações na entrevista será arquivado durante o período de cinco anos na Escola de Enfermagem da UFBA e após esse período serão destruídas.

Dessa forma, as gravações permitem a pesquisadora e a entrevistada recorrerem às falas para esclarecimentos adicionais. Durante a tabulação dos dados e exposição destas percepções no estudo, reforçando a garantia de sigilo e anonimato, além de serem esclarecidas que a entrevista poderá ser pausada ou interrompida em qualquer momento.

Esta pesquisa não ofereceu riscos diretos à saúde, porém desconforto emocional no momento em que determinadas situações forem recordadas poderia causar constrangimento ou desconfortos com as lembranças, contudo as entrevistadas foram esclarecidas de que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento. Como benefícios para as participantes da pesquisa, em diversos momentos, foi disponibilizado orientações quanto ao posicionamento da mulher e do recém-nascido durante à amamentação, visto que no decorrer da entrevista as mulheres estavam amamentando.

Os aspectos éticos envolvendo na pesquisa com seres humanos possuem princípios básicos da bioética nos quais foram inteiramente respeitados no transcórre dessa pesquisa, sejam eles: a autonomia da mulher escolher ou não participar da pesquisa, escolher o local de realização da entrevista; beneficência de divulgar os resultados da pesquisa em eventos e periódicos científicos da área na pretensão de que possam oferecer subsídios para a melhoria do cuidado à parturiente; não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 13 mulheres, com idade média de 31,6 anos (Tabela 1). Em relação à escolaridade, 11 mulheres afirmaram ter cursado ensino médio completo, duas mulheres o ensino superior e apenas uma mulher ratificou ter o ensino fundamental incompleto.

No que tange a situação econômica das participantes, oito mulheres possuíam renda individual e seis mulheres estavam desempregadas. Salienta-se que a renda individual variou entre zero e R\$2.500,00, e a renda familiar variou de R\$200,00 a R\$6.000,00 das mulheres.

Quadro 1 - Caracterização das participantes da pesquisa. Salvador, 2018.

| Mulheres | Idade | Escolaridade | Raça/Cor | Situação conjugal | Ocupação | Renda (R\$) | | GPA* |
|----------|-------|---------------------|----------|-------------------|---------------|-------------|------------|-------|
| | | | | | | Familiar | Individual | |
| M1 | 28 | Médio incompleto | Parda | Casada | Doméstica | 937 | 937 | 4 4 0 |
| M2 | 32 | Médio completo | Preta | Casada | Autônoma | 1874 | 600 | 2 2 0 |
| M3 | 38 | Médio completo | Parda | Solteira | Desempregada | 1404,5 | 0 | 5 4 1 |
| M4 | 21 | Superior incompleto | Parda | Casada | Estudante | 937 | 0 | 1 1 0 |
| M5 | 24 | Médio completo | Branca | Solteira | Marisqueira | 200 | 80 | 1 1 0 |
| M6 | 25 | Médio completo | Parda | Casada | Desempregada | 1000 | 0 | 2 2 0 |
| M7 | 34 | Fund. Incompleto | Parda | Solteira | Doméstica | 937 | 400 | 3 3 0 |
| M8 | 36 | Médio incompleto | Parda | Solteira | Doméstica | 2200 | 937 | 5 3 2 |
| M9 | 36 | Médio completo | Preta | Solteira | Balconista | 1874 | 937 | 3 2 1 |
| M10 | 30 | Médio completo | Parda | Divorciada | Desempregada | 1874 | 0 | 1 0 0 |
| M11 | 42 | Fund. Completo | Preta | Casada | Desempregada | 937 | 0 | 6 4 2 |
| M12 | 34 | Superior incompleto | Parda | União estável | Ass. Jurídico | 6000 | 2500 | 1 1 0 |
| M13 | 32 | Médio completo | Parda | Casada | Desempregada | 2000 | 0 | 6 5 1 |

* Gestações, Partos e Abortos.

Diversos estudos concluem que quanto menor os anos de estudo e o nível socioeconômico das pessoas, conseqüentemente maior e o grau de exposição a processos de adoecimento. Nesse caso, quanto menos anos de estudo e poder aquisitivo, menos informações as mulheres possuem. Dessa forma menor será sua autonomia e poder de decisão sobre seu corpo.

A raça/cor predominante foi parda (69,23%), sobre a situação conjugal, quase a metade (46,15%) afirmaram ser casadas. Quanto ao número de gestações, a média foi de três gestações por mulher, variando entre uma a seis gestações. Já para o número médio de partos foi de 2,5 variando entre um a cinco partos. Em relação ao abortamento, 38% (cinco) das mulheres tiveram ao menos uma experiência, o que foi maior que os dados coletados na Pesquisa Nacional do Aborto (DINIZ, 2016) que apresentou uma prevalência de 13% de pelo menos uma experiência para uma amostra representativa de mulheres do Brasil urbano (Quadro 1).

4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS CATEGORIAS

A sistematização do conteúdo das entrevistas ocorreu através da modalidade de Análise Categorical Temática e emergiram das entrevistas quatro categorias temáticas, sendo que a primeira categoria exigiu uma subcategorização diante de sua complexidade temática, facilitando, portanto, a apreensão do conteúdo das falas das mulheres entrevistadas (Quadro 2).

Quadro 2 – Descrição das categorias e subcategorias da pesquisa, Salvador, Bahia, 2018

| Categorias | Subcategorias |
|---|--|
| Satisfação com a assistência de enfermagem | Atendimento recebido |
| | Promoção do bem-estar da mulher |
| | Valorização da mulher no processo de parto |
| Assistência permeada por relações verticais e intervenção técnica | - |
| Assistência permeada por sentimentos de abandono | - |
| Assistência permeada por insatisfação com a estrutura ofertada | - |

4.2.1 Satisfação com a assistência de enfermagem

A satisfação do usuário tem sido considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços de saúde, sendo fundamental para a tomada de decisão relativa ao aperfeiçoamento de sistemas de serviços de saúde. Entretanto, tem se revelado uma temática com referencial teórico instável e pouco consensual e como consequência uma baixa validação externa das teorias na maioria dos estudos. Nestes, destaca-se a ênfase dada à noção de expectativa do usuário, em detrimento da noção de necessidade, relevante no âmbito da saúde. (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

De modo geral, nessa pesquisa, as mulheres relataram estarem satisfeitas com a assistência de enfermagem durante o trabalho de parto. Tal noção, reflete que as expectativas dessas mulheres foram alcançadas e/ou superadas. Embora, esse achado não signifique que as necessidades de saúde das mulheres foram também atendidas.

4.2.1.1 Atendimento recebido

As mulheres afirmaram estar satisfeitas com o atendimento de enfermagem durante o processo de parto. As profissionais de enfermagem permaneceram ao lado da parturiente proporcionando apoio e auxílio emocional, conforme os relatos de promoção de conforto, tranquilidade e no alívio da dor, evidenciados nos depoimentos abaixo:

[...] eu já fui em outra maternidade, e não fui atendida como aqui. Foi bom demais, me senti muito bem aqui. Parece que eu estava em casa. (M1)

A equipe me ajudou, me incentivou. O parto daqui foi diferenciado, tipo clínica particular. Eu tive essa impressão, pelo cuidado das pessoas ao redor. Fui bem atendida. (M2)

Eu cheguei aqui e fui bem recebida [...] se não fosse as enfermeiras na hora do parto, eu acho que morreria de tanta dor, mas elas me ajudaram bastante. (M5)

Foi muito boa a assistência que os enfermeiros tiveram comigo, não me deixaram sozinha. Me deram a atenção que eu precisava o tempo todo, sempre eles estavam ao meu lado para me acalmar. (M8)

A ajuda e o incentivo que as mulheres relataram ter recebido superam suas expectativas. A comparação com o atendimento de instituições privadas presente na fala das mulheres, perpassa ao entendimento de que em hospitais públicos o parto é indiferenciado, não levando

em conta a singularidade de cada mulher. Leal (2014), afirma que tem sido amplamente divulgado o descaso com as gestantes que utilizam os serviços públicos. Uma pesquisa realizada pela ouvidoria do Ministério da Saúde trouxe insatisfação das puérperas atendidas no SUS relacionada a vivência de situações desrespeitosas e maus-tratos durante o parto (BRASIL, 2013).

Percebe-se que a satisfação no atendimento recebido permeada por apoio e palavras de incentivo, faz parte do processo de parto e que nem sempre a usuária reconhece a categoria que lhe prestou cuidado. Por vezes a assistência recebida fica dissociada da equipe de enfermagem. Em pesquisa realizada por Bezerra, Melo e Oliveira (2017), constatou-se que a assistência de enfermagem é permeada por conforto e supera as expectativas das mulheres.

Eu gostei. A moça que ficou lá me apoiando, dizendo “Bora, você consegue!”, eu até falei com ela depois que por ela ser enfermeira eu me impressionei muito com ela, com o trabalho dela. (M4)

Segundo Costa Mendes (2011), a prática de enfermagem tem se dado de maneira evolutiva, mas sem a visibilidade necessária. Alguns estudos apresentaram evidências do baixo reconhecimento da profissão pela sociedade, o que resultaria em desvalorização do produto de seu trabalho. (LUCHEZI; SANTOS, 2005; GENTIL, 2009).

A valorização da presteza e atenção no atendimento, o tratamento de acordo com as necessidades individuais e subjetivas, o ficar ao lado e o recebimento de palavras de incentivo foram mencionados nos depoimentos, o que colabora para a satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais nas maternidades.

Ótimo porque me atenderam bem, me deram a atenção que eu precisava, auxiliou em muitas coisas no meu processo de parto principalmente o que eu deveria fazer, eu já sabia, mas elas me auxiliaram a tomar banho, a caminhar. (M13)

No intuito de identificar quais os componentes que envolvem a satisfação das mulheres para com o atendimento recebido, os métodos não farmacológicos de alívio da dor, como o banho e a deambulação, foram destacados. Melo et al. (2017), trazem que os métodos não farmacológicos de alívio da dor são práticas que podem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde no intuito de proporcionar uma assistência humanizada à parturiente. Tais práticas envolvem respeito e apoio emocional, além de estimular a participação ativa das parturientes no processo de parto.

Silva et al. (2016), trazem que a satisfação das mulheres em relação ao parto e nascimento de seu filho está ligada a fatores culturais, experiências prévias, e sobretudo a atenção e os cuidados recebidos no período do parto.

A satisfação de usuários é um componente importante sobre o estado de saúde da população. Pode refletir o processo de comunicação entre profissionais e usuários. Estas abordagens têm impulsionado pesquisas de satisfação de pacientes ou usuários nos serviços de saúde. O grau de satisfação se faz como um elemento importante na avaliação de um serviço, o qual é individual, podendo ser subjetivo, mas que tem estreita relação com as percepções da paciente sobre suas expectativas, valores e o que lhe foi ofertado. (BEZERRA; MELO; OLIVEIRA, 2017)

A satisfação com a assistência recebida tem relação com a maneira que o profissional de saúde se coloca diante da usuária no serviço:

Eu achei bom a assistência que recebi. O que eu mais gostei foi que ninguém foi grossa comigo [...] não teve ignorância, falaram com calma e o que fizeram foi me tranquilizar a todo momento. (M10)

Eu achei que foi excelente o atendimento. Não é a primeira vez que eu venho aqui. É o terceiro filho que eu tenho aqui, entendeu? O tratamento, o acompanhamento, a assistência dos funcionários com a gente. Eles foram agradáveis, não ouvi nenhuma grosseria. (M11)

Nesse sentido a satisfação da mulher com o atendimento esteve atrelado com à ausência de grosseria ou ignorância neste processo, proporcionando a mulher sensação de tranquilidade. A agressão verbal ainda é comum na atenção ao parto e tem sido relacionada com a satisfação das usuárias. Pesquisa da ouvidoria do Ministério da Saúde realizada em 27 estados brasileiros ouviu a opinião de 149.072 puérperas sobre a satisfação com o atendimento recebido, as quais informaram situações de agressão física/verbal durante o parto (BRASIL, 2013). Dessa forma, a satisfação das mulheres com o serviço tem conexão estreita com a relação entre profissionais de saúde e usuárias (LEAL, 2014).

4.2.1.2 Promover o bem-estar da mulher

A assistência de enfermagem foi frequentemente associada à palavra conforto, denotando uma promoção do bem-estar destas mulheres.

[...] a enfermeira estava junto de mim segurando a minha mão, cada dor que eu sentia ela falava: “pode segurar em mim, pode apertar a minha mão”. (M8)

[...] eu me senti confortável com o tratamento das funcionárias daqui [...] e elas estavam ali me apoiando, segurando na minha mão, me dando força. Meu marido não estava na hora. (M11)

A assistência de enfermagem para com a mulher no processo de parturição está imbuída por sentimento de apoio por parte da enfermagem, expressado pela ação de segurar na mão que reflete a sensação de tranquilidade e confiança para as parturientes. Essa relação de confiança mútua estabelecida entre a enfermagem e a parturiente favorece o bem-estar. Para Watier (2008) este estado de confiança é revelado no momento que o ser se entrega, sem cálculo, acreditando, como um credo, é uma confiança ontológica.

Destaca-se que as relações de confiança podem ser caracterizadas como elementos presentes na descrição das tecnologias leves (MERHY, 2000). Desse modo, a satisfação das mulheres esteve associada com práticas que favorecem a relação subjetiva entre profissional e usuária. Atualmente na obstetrícia, a prática de saúde vem favorecendo a articulação entre as tecnologias leves e duras, valorizando o cuidado em saúde fundamentado no conhecimento técnico-científico e nas interações entre profissional e usuária (AYRES, 2009).

A assistência de enfermagem obstétrica centrada nas necessidades da mulher deve ser baseada não apenas em procedimentos técnicos ou rotinas institucionais, mas incluir a valorização da individualidade, visto que o ser humano é diferenciado em sua própria essência, história de vida, crenças, desejos e projetos de felicidade, portanto, devem ser respeitadas e consideradas. Anéas e Ayres (2011) reforçam a necessidade de compreensão do outro por parte do profissional que está no ato de cuidado. É preciso compreender e escutar este outro como aquele que construiu e constrói uma história particular de existência, mas que não é separado do mundo que o rodeia em seus significados compartilhados.

O papel da enfermagem no trabalho de parto baseado no desenvolvimento da relação de confiança entre os indivíduos é relatado pela parturiente no momento em que é a mesma compara com a sensação de ser abraçada:

[...] quando eu saí de lá da salinha, eu falei muito o papel dos enfermeiros. Que me deram todo esse apoio. Eles foram muito importantes para mim. Eu me senti abraçada por eles. Sabe quando você deposita toda a sua confiança naquelas pessoas, foi o que aconteceu comigo. E12

Nessa relação são adotadas condutas obstétricas que convergem para o cuidado como uma dimensão existencial. De forma análoga, a enfermagem interage com a parturiente em um encontro alicerçado no diálogo, na escuta qualificada, no segurar na mão, onde foi possível valorizar e compreender a existência do outro (AYRES, 2009).

4.2.1.3 Valorização da mulher no processo de parto

A PNH considera humanização a valorização do sujeito respeitando sua autonomia, dessa forma, as mulheres desse estudo se sentiram valorizadas em seu processo de parto:

[...] pedia licença para tocar, dizia que não ia doer, esse cuidado. ‘Olhe mãe, eu vou mexer aqui’. O jeito de falar e tratar da pessoa, a educação. (M2)

Elas me explicam o que é melhor, dá opção para gente escolher. Explicaram tudo direitinho, em tudo elas pensaram, até em uma lâmpada, se ficava apagada ou acesa, o que era melhor, elas me perguntavam, me trataram super bem. (M9)

Me deram todas as informações. [...] quer tomar um banho? Uma água? Vamos fazer dessa forma que é melhor. Me perguntaram isso várias vezes. (M12)

Esta valorização é evidenciada nos relatos quando as mulheres citam o informe consentido da enfermeira para o toque vaginal, ou a preocupação de aspectos da ambiência que podem gerar desconforto para as mulheres, como a iluminação. Para Silva et al (2017), a oferta de um ambiente aconchegante insere-se como um compromisso que as unidades de saúde devem ter com a ambiência no intuito de proporcionar bem-estar às mulheres.

O regulamento técnico sobre o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica no Brasil trouxe a ambiência (interação entre o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais) como um fator importante para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, de forma a proporcionar o cenário adequado para o protagonismo das parturientes (BRASIL, 2008).

As informações ofertadas às mulheres, incluindo qual posição a mesma deseja parir, oferta de água para beber ou um banho implica na sensação de autonomia para a mesma em seu trabalho de parto. A OMS (1996) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c) recomendam que sejam apresentados os métodos não farmacológicos, o que irá conferir a mesma o poder de participar das deliberações no seu processo de parturição.

Bezerra, Melo e Oliveira (2017), reforçam a necessidade de informar à mulher sobre procedimentos que vão ser realizados em seu corpo relativos ao trabalho de parto. Tais informações precisam fazer parte da assistência da enfermagem desde o pré-natal. Para estes autores, quanto maior o grau de informação das mulheres maior será sua participação em processos de decisão. Uma relação horizontal entre profissional da saúde e parturientes deveria, portanto, proporcionar à mulher a liberdade de escolher ou recusar conscientemente qualquer procedimento relacionado com seu corpo, e que esta escolha seja convergente ao seu bem-estar.

Na relação profissional-usuário as informações devem ser adaptadas ao nível social, cultural e cognitivo de quem a recebe, para que assim, a pessoa possa ter a liberdade consciente de escolher (MACHADO; PRAÇA, 2006). Portanto, a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente caracteriza-se pelo direito à autonomia. A fala a seguir denota escolha da posição do parto:

[...] elas me ajudaram porque quando eu não estava conseguindo em uma posição elas me perguntavam se eu queria tentar em outra posição, fiquei de quatro, elas me perguntaram se eu gostaria de mudar de posição até que consegui parir. (M4)

Dessa forma, a relação de confiança e diálogo entre profissional-parturiente ganha maior solidez e conseqüentemente maior aceitação da proposta de práticas assistências como um banho morno ou uma posição de quatro apoios (Gaskin). Através do diálogo e da relação de vínculo, a mulher pode expressar suas expectativas e necessidades para com o trabalho de parto, e com isso o profissional deve estar atento e sensível para atuar frente as demandas expressadas, fortalecendo a relação de confiança, e, portanto, o uso de tecnologias leves no ato de cuidado.

O direito a autonomia historicamente foi retirado do cotidiano da vida das mulheres, em que a mulher responde as expectativas da sociedade e aos papeis que lhes é imposto (SCOOT, 1995). Retomar a autonomia na vivencia do fenômeno parto é um desafio, visto que este é um momento onde as mulheres estão fragilizadas, longe de sua família e entregues a uma instituição. Esta autonomia pode ser favorecida quando os profissionais compreendem que são coadjuvantes nesse processo e que as protagonistas são as mulheres.

Valorizar o protagonismo da mulher é uma das maneiras mais eficientes de humanizar a assistência ao parto, aprendendo a compartilhar os saberes e reconhecer os direitos da mulher

de um momento que é inteiramente dela, resgatando os processos fisiológicos no processo de parturição (SILVA et al., 2016).

4.2.2 Assistência permeada por relações verticais e intervenções técnicas

As mulheres valorizaram a aplicação das tecnologias leves-duras e duras durante o processo de parto. É possível que essas mulheres, a partir do senso comum, interpretem a realização desses procedimentos como algo estritamente necessário. Vale ressaltar que alguns desses procedimentos relatados abaixo fazem parte das recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde para a humanização do parto.

Eu cheguei e fiquei na bola, depois ela foi e pouco minha bolsa, para aumentar o processo. (M1)

Elas disseram que só o agachamento que eu fizesse ele ia descer e realmente foi, me ensinaram como fazer o agachamento. (M5)

[...] me avaliar, ver a minha pressão, se preocupar com o bebê, como ele está na posição certa. (M6)

Fizeram exame, exame de toque, tiraram sangue, fizeram do HIV, fui muito bem recebida. (M7)

Toque, parto, quem aferiu minha pressão, a enfermeira viu tudo. (M10)

No atual modelo de hospitalização e medicalização do parto o corpo da mulher é visto como uma máquina no qual são necessárias ferramentas e tecnologias para manipulação e melhoria do processo de parir, como se as mulheres fossem incapazes de parir sozinhas e a intervenção fosse imprescindível (MARTIN, 2006).

Nas relações de cuidado, principalmente na assistência ao parto, é comum profissionais assumirem uma postura de condução do processo de atenção. Tal fato está relacionado, também, com a liberdade em que o trabalhador da saúde tem em seu processo de trabalho. Franco e Merhy (2012) constata que a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado influencia o modo como se produz o agir em saúde. Nesse sentido, no cenário em que as mulheres estão fragilizadas, as relações verticais de cuidado podem se expressar de diversas formas.

Vá pra cadeirinha.. [...] me mandou sentar no cavalinho. Faça força. ... E aí a enfermeira me mandou tomar banho. (M3)

[...] Ai ela mandou eu caminhar ... tudo o que ela mandava eu fazia. Etapa por etapa. Mandou eu ter calma. (M1)

Elas me tiraram da cama que eu estava deitada e disseram para eu fazer agachamentos pra eu conseguir. (M5)

Você deita, você alonga, toma banho de água quente e eu odeio tomar banho de água quente principalmente na lombar e vinham as contrações na lombar. (M10)

Para Merhy (2000), o aspecto relacional se mantém distante, e reduz o ato de cuidado a uma relação objetual, em que o destinatário do cuidado se apaga para se tornar apenas lugar de aplicação de procedimentos.

Esta subjetividade também é determinada com base em modelos de atenção que se constituíram política e historicamente como dispositivos de realização do mercado, e por este motivo, centrado no ato prescritivo, alto consumo de insumos e procedimentos (FRANCO; MERHY, 2012).

Para Foucault (1987), o corpo que pode ser submisso é alvo de poder na medida em que ele é manipulado, treinado para responder aos comandos, passando assim por um processo de “docialização” ao se tornar hábil. Com a mulher em processo de parturição não é diferente, acreditou-se que o corpo feminino se torna habilidoso para o parto após um processo de disciplinarização aos comandos.

Por vezes observa-se a posição do profissional como um sujeito ativo que ordena sentar, tomar banho, caminhar e a posição da mulher como um sujeito passivo que realizava etapa por etapa tudo o que fora ordenado. Não se observa um compartilhamento de cuidado onde a opinião e o desejo da mulher foram considerados, portanto, fica destacada a verticalização da relação.

A assistência prestada pela enfermagem, em especial pela enfermagem obstétrica está ligada a mudanças nas rotinas institucionais, inserida no contexto da humanização (SENA, 2012). Nesse cenário, essa categoria profissional tende a fazer uso de tecnologias leves, realizando menos intervenções em seu ato de cuidado, ao usar métodos não farmacológicas para o alívio da dor que são favoráveis à evolução natural do parto.

Contudo, pressupõe que toda decisão de utilizar os métodos não farmacológicos deva ser compartilhada com a parturiente. Embora, diversos estudos concluam que o banho morno seja efetivo no alívio do dor durante o trabalho de parto, por proporcionar relaxamento

muscular, é um equívoco generalizar esse efeito para todas as mulheres. Esse processo evidencia a soberania do olhar científico sobre o corpo humano a partir da experiência clínica de observação dos corpos numa relação onde o corpo é tido como objeto da ciência (FOUCAULT, 2012).

4.2.3 Assistência permeada por sentimentos de abandono

Durante o trabalho de parto as mulheres experimentam sentimentos como desconforto, abandono e negligência:

[...] ninguém apareceu eu chamava com educação. Ô enfermeira por favor, vem aqui dá uma olhadinha pra saber como tá, e ninguém aparecia... [...] eu fiquei comendo dor (M6)

Passei a noite toda sem ninguém chegar perto de mim [...] Fiquei naquela sala de admissão, frio terrível, reclamei que estava com frio, ninguém fez nada, passei a noite todinha e não estava tendo assistência, cheguei a querer sair do hospital. (M9)

A ausência de acompanhamento profissional evidenciada pelas mulheres durante o trabalho de parto, demonstra fragilidade na assistência. Tal fato pode colaborar para a ocorrência de desfecho negativos como a manutenção dos índices de morbimortalidade materna e neonatal (SILVA; ALMEIDA, 2015).

A sensação de abandono estava relacionada à expectativa de ter os profissionais mais perto de si, o que não se efetivou. Muito pelo contrário, o tratamento negligenciado dos profissionais, somado a falta de informação evidencia descaso e configura-se como uma violação de direitos humanos. Para D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), essa negligência profissional e institucional pode se expressar, por exemplo, pela falta na assistência e não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada.

No campo feminista e obstétrico surgiu a terminologia violência obstétrica para designar condutas desumanizadas e ou procedimentos desrespeitosos que atinjam a dignidade das mulheres (LEAL et al., 2018). Pesquisas tem evidenciado a violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante o processo de parto (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018; AGUIAR; OLIVEIRA, 2011). No Brasil, uma entre quatro mulheres sofre violação de seus direitos durante o parto (VENTURI; GODINHO, 2013) sendo as condutas desrespeitosas e grosseiras as reclamações mais frequentes entre as puérperas (BRASIL, 2013).

A dor do parto faz parte do processo natural e fisiológico de parir, não está associado a patologia, entretanto a intensidade da dor é diferente entre as mulheres. Tendo em vista esse aspecto, torna-se necessário valorizar a dor do outro e buscar medidas para amenizá-la (OMS, 1996). As mulheres relataram que sua dor não recebeu a devida atenção.

O parto é um evento social, repleto de fortes sentimentos e emoções variando de acordo com características culturais, religiosas, étnicas e de classe social, sendo que as circunstâncias e expectativas das mulheres também são parte integrante dessa experiência (GAMA et al, 2009).

De modo geral, as mulheres têm uma expectativa construída histórica e socialmente sobre a sua futura experiência de parto na maternidade, que pode imputar em sua percepção valores relativos à (in)satisfação com todo o processo de parto. A ausência do profissional relatada, pode fortalecer uma percepção de abandono nas maternidades, contribuindo para a insegurança da mulher.

O abandono que as mulheres experimentaram durante a internação, o manejo inadequado da dor, falta de informações e de apoio emocional que compõem esse cenário, colaboram fortemente para uma percepção desumanizada da assistência, distanciada da proposta de humanização preconizada para a atenção ao parto.

4.2.4 Assistência permeada por insatisfação com a estrutura dos serviços

Ainda que o arcabouço jurídico do SUS, Lei 8.080/1990, estabeleça a universalidade de acesso aos serviços de saúde como um dos seus princípios e a Lei 11.634/2007 dispunha sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade, a peregrinação está presente no itinerário das mulheres em trabalho de parto. O descumprimento desta legislação influencia a qualidade da assistência obstétrica e a satisfação das mulheres.

Eu não escolhi vir para cá, na verdade eu passei por três, maternidades. Duas estavam fechadas e uma não tinha condições nenhuma de receber, muito cheio. (M2)

Eu não estava achando vaga nas outras maternidades todas lotadas e a única que estava atendendo mesmo que demorado, mas atendia, era aqui. (M3)

É possível encontrar nas falas das mulheres a ida a mais de uma maternidade até devidamente serem admitidas. Para além da insatisfação das mulheres, a peregrinação em

busca de atendimento, traz risco tanto para as gestantes quanto para seus filhos caso esse atendimento não ocorra em tempo oportuno, podendo estar associado a desfechos desfavoráveis para o parto e nascimento, impactando nos índices de mortalidade materna e neonatal. (VIELLAS et al, 2014; LEAL et al, 2014)

Dia 4 eu comecei meu trabalho de parto, até ontem, dia 7, fui em 6 maternidades aqui em Salvador, e não conhecia nenhuma, é tão de fato que aqui foi a última. (M9)

Ressalta-se que a ida da gestante mais de uma vez e em diversas outras maternidades, pode demonstrar fragilidade na orientação durante o pré-natal, o que pode levar a mulher a seguir uma jornada em busca de atendimento nas emergências obstétricas, superlotando a porta de entrada da rede de serviços, com demandas passíveis de resolução no pré-natal ao receber esclarecimentos e orientações direcionadas às necessidades (SILVA; ALMEIDA, 2015; PEREIRA RODRIGUES et al, 2015).

Neste sentido, a peregrinação da gestante levanta questionamentos relevantes em relação ao despreparo dos profissionais pré-natalistas e das emergências obstétricas que deveriam ter uma comunicação eficiente através do diálogo onde a promoção de aconselhamento da gestante e validação da informação seja um objetivo palpável.

Outro questionamento que surge é em relação ao número insuficiente dos leitos obstétricos, os quais se mostram parcos na medida em que as gestantes esperam demasiadamente por atendimento, evidenciado no relato:

Eu já cheguei perdendo liquido, mas só me colocaram para dentro da triagem depois que meu esposo foi na recepção. [...] Ai eu entrei. Chegando lá outra decepção, não tinha vaga. (M6)

Meu trabalho de parto começou no sábado 4 horas da tarde, fui para o hospital 01 hora da manhã. E fui para outro hospital, cheguei nesse outro hospital fizeram uma avaliaçãozinha e me falaram para vir pra cá. (M7)

A Lei Municipal nº 7.851/2010 regulamentada em 2013, traz que toda gestante no município de Salvador tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto. Portanto, garantir o acesso e a integralidade da atenção dos serviços de saúde no momento do parto é um compromisso ético, social e político. Dessa forma, estudos abordam a peregrinação anteparto como uma violação dos direitos das mulheres (SILVA; ALMEIDA, 2015; PEREIRA RODRIGUES et al, 2015).

É necessário que os serviços de saúde garantam o acesso seguro da gestante. Avaliar a parturiente e encaminhá-la por contra própria para outra maternidade como evidenciado acima, não garante a continuidade da assistência. Esse processo de encaminhamento deve ser feito com responsabilização do cuidado, dessa forma, em caso de inexistência de vaga a instituição deve providenciar o transporte seguro para outra maternidade.

A resolução Nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, determina que a transferência da mulher, em caso de necessidade, deve ser realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência e em transporte adequado às necessidades. Organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para garantia do acesso, acolhimento e resolutividade é um dos objetivos da estratégia da Rede Cegonha. Portanto, a comunicação entre as maternidades é fundamental para a funcionalidade da rede.

A estrutura física se mostrou como um dos fatores que interfere no parto, pois se mostra como um limitador das práticas assistenciais e implica na satisfação das mulheres em relação ao parto. Foi perceptível o reconhecimento das mulheres destas limitações sobre o processo de trabalho da enfermagem.

Aqui a estrutura é ruim, muito quente, sem ventilação. As enfermeiras não podem oferecer tudo do melhor, por que não tem aqui. (M12)

[...] aqui na enfermaria é muito quente. Eles poderiam colocar o ar-condicionado ou pelo menos um ventilador. (M13)

A única coisa ruim daqui é o espaço, não tem divisória, a divisória dele é por cortinas. Eu gostei daqui, mas assim o processo agora é fazer uma reforma, pra melhorar o lugar. (M1)

A mulher deve ser recebida com dignidade nas unidades de saúde, e para isso a instituição deve preocupar-se com as necessidades da parturiente, oferecendo-lhe recursos humanos qualificados, privacidade, estrutura física adequada com ambiência e local arejado.

Os achados deste estudo, corroboram com evidências apresentadas por Silva e et al. (2017), em estudo sobre a satisfação de gestantes na cidade de Recife, em que as mulheres estiveram mais satisfeitas com a assistência e o acolhimento e mais insatisfeitas com a ambiência das maternidades.

5. CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa proporcionou o conhecimento a respeito das percepções das mulheres acerca da assistência de enfermagem durante o processo de parto normal. De modo geral, as mulheres relataram satisfação com a assistência. Este achado sugere que parte das expectativas dessas mulheres com o parto foram alcançadas e ou superadas.

A satisfação com a assistência de enfermagem esteve atrelada ao atendimento recebido pela equipe quando este proporcionou bem-estar para a mulher através da oferta de apoio, palavras de incentivo, uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e também pela valorização da mulher no processo de parto. O protagonismo da mulher é favorecido quando os profissionais compreendem que são coadjuvantes nesse processo.

Contudo, houve destaque para a verticalização da relação e intervenções técnicas quando o profissional foi percebido como um sujeito ativo, detentor do conhecimento, que ordena e a mulher como um sujeito passivo que realiza o que lhe fora ordenado. Este processo evidencia a coexistência de dois modelos, humanístico e tecnocrático, de atenção a mulher no processo parturitivo.

A ausência de acompanhamento profissional evidenciada pelas mulheres durante o trabalho de parto, demonstra fragilidade na assistência, visto que o sentimento de abandono e negligência esteve presente nos achados desse estudo. As mulheres também relataram que sua dor não recebeu a devida atenção.

A insatisfação com a assistência esteve relacionada com a estrutura física das maternidades. Os principais destaques foram falta de privacidade e ventilação. Toda mulher deve ser recebida com dignidade nas unidades de saúde, e para isso a instituição deve preocupar-se com as necessidades da parturiente, oferecendo-lhe recursos humanos qualificados, privacidade, estrutura física adequada com ambiência e local arejado. Outro achado foi a peregrinação anteparto, evidenciando fragilidade do acesso seguro da gestante à maternidade.

Os achados desse estudo podem contribuir para auxiliar na tomada de decisões de gestores de unidades de saúde, bem como, contribuiu para os profissionais de saúde na escolha de estratégias de cuidado que possam atender suas necessidades individuais de cada mulher alinhados em uma assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR JM, Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface-Comunic., Saude, Educ.** 2011 15 (36): 79-91.
- ALVES, J.E.D. CORRÊA, S. A. Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo / ABEP; UNFPA.** – Campinas, 2009.
- ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos; AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 651-662, 2011
- ARRUDA, B. K. G; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil Milestones of the feeding policies and nutrition in Brazil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2007.
- ARRUDA, José María et al. **Pesquisa nacional sobre saude materno-infantil e planejamento familiar**, Brasil 1986. Brasil. Instituto para Desenvolvimento de Recursos, 1987.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11-23, 2009.
- BARBOSA, G.M.; PIMENTA, T.S. O ofício de parteira no Rio de Janeiro Imperial. **Revista de História Regional** 21(2): 485-510, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, Lena Maria; SILVA, Raimunda Magalhães da . Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto Contexto Enfermagem**, 13(3):376-82, 2004.
- BEZERRA HS, MELO TFV de, OLIVEIRA da de. Satisfação das mulheres quanto à assistência recebida da enfermagem no pré-parto. **Rev enferm ufpe on line.**, Recife, 11(5):1852-7, maio., 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília; 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Resolução Nº 36, de 3 de Junho de 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde

da criança: **70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, Brasília, 27 jun. 2011c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DOU nº 12, 13/06/2013.2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS** entre maio de 2012 e fevereiro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante : a operação cesariana.** Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>>. Acesso em 15 jun 2018a.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)** [online]. Brasília [s.d.]. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em 25 jul 2018b

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135–149, 1991.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Número de registros de enfermeiros obstétricos dispara no Brasil.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/numero-de-registros-de-enfermeiros-obstetricos-dispara-no-brasil_58080.html> Acesso em: 18 jul 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução 223/99.** Rio de Janeiro. Disponível em: URL: <http://www.portalcofen.gov.br/legislacao/r223.htm>

COSTA MENDES, Isabel Amélia et al. Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2011.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 653-660.

DINIZ. C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 627-637, 2005.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v.359, n.11, p.1681-5, 2002

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Maternidade Climério de Oliveira-MCO.** Universidade Federal da Bahia.2016. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/web/mco-ufba/especialidades>>. Acesso em: 17 dez. 2016.

ESPERIDIAO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, June 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

GAMA, Andréa de Sousa et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2480-2488, 2009

Gentil RC. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? **Rev Bras Enferm.** 2009 Nov-Dez; 62(6):916-8.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5a ed. São Paulo: Editora, Atlas, 2010..

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: os processos de construção da informação. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Cengage Learning, p 80-82, 2010.

GUIMARAES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e43278, 2018.

Kuhn TS. **A estrutura das revoluções científicas**. 9aed. São Paulo: Perspectiva; 2005.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. Supl, p. S17–S32, 2014.

LEAL, S.Y.P. et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enferm.** (23)2: e52473, 2018

LUCHESE, Luciana Barizon; SANTOS, Claudia Benedita dos. Enfermagem: o que esta profissão significa para adolescentes. Uma primeira abordagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 158-164, Apr. 2005

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRACA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-279, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200017&lng=en&nrm=iso>.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gestação: gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo, Ideias & letras, 2017.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Editora Garamond, 2006.

MAZZA, M. M. P. R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

MELO, Bruna Marques et al. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 3, p. 376-382, 2017.

MENEZES, P. F. A. DE; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 1, p. 3-43, 2012.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde (2004): 108-137.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.4, n.6, p.109-6, 2000.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTT, L. M. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital. **Projeto Historia**, n. 25, p. 197-219, 2005.

NASCIMNO, J. P. O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 5):4182-7, nov., 2016.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Geneva; 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. **Fiocruz** 2014. p. 459-491.

PEREIRA RODRIGUES, Diego et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2015.

QUITETE, Jane Baptista et al. Aplicando a Teoria das Revoluções científicas na construção de um novo campo da enfermagem obstétrica. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 12, p. 6913-6920, 2013.

RABELO, Leila Regina; DE OLIVEIRA, Dora Lúcia. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 213-220, 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, 2002.

RIOS, E.L.G. **A relação entre população e desenvolvimento**. Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo / ABEP; UNFPA. – Campinas, 2009.

SCOOT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. SOS Corpo, Recife, 1995

SENA, C. D; et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no brasil. **Revista de Enfermagem- UFSM** 2012 Set/Dez;2(3):523-529

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, Ana Lúcia Andrade da et al . A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 12, e00175116, 2017 .

SILVA, Andréa Lorena Santos; ALMEIDA, L. C. G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. **Rev Eletron Atualiza Saúde**, v. 2, n. 2, p. 7-19, 2015.

SILVA, Sabbadini da et al. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Pernambuco, v. 4, n. 10, p.3531-3536, jan. 2016

SOUSA, A. M.M.; SOUZA, K.V.; REZENDE, E.M.; MARTINS, E.F; CAMPO, D; LANSKY, S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery** 20(2) 2016.

TOSI, L. A ciência e a mulher. **Ciência Hoje**, v 13, n.75, p.27-32, 1991.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3a ed. São Paulo: Atlas, 2008

Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: **Editora Fundação Perseu Abramo/SESC-SP**; 2013.

VIEIRA, M.R.; BONILHA, A.L.L. A parteira leiga no atendimento à mulher no parto e nascimento do seu filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 19-26, mar. 2006.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2014; 30 (Supl.): S85-S100

Watier, Patrick. **Elogio da Confiança**. Paris: Belin, 2008.

ZIEGEL, E. E.; CRALEY, M. S. Assistência da enfermagem durante o trabalho de parto. Ziegel EE, Craley, MS. **Enfermagem obstétrica**. 8a. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan, p. 360-408, 1985.



APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

À participante:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTO NORMAL” que tem como pesquisadoras a Profª Drª Telmara Menezes Couto e a mestranda Aiara Nascimento Amaral Bomfim. Esta pesquisa está vinculada ao projeto de pesquisa “Atores sociais e fatores envolvidos no processo de parto”, o qual foi aprovado (parecer nº 2026663/2017) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira.

Esse trabalho tem como um dos objetivos compreender a percepção de mulheres acerca da assistência de enfermagem recebida no processo de parto normal. As participantes da pesquisa são apenas mulheres que tenham 24 a 48 horas após o parto. Ocorrerá entrevista com duração média de 30 minutos. Será utilizado um gravador para posterior transcrição das falas, visto que, trata-se de uma das fases importantes para análise dos resultados, sendo importante o uso das informações tal qual foram expostas. O local da entrevista acontecerá em sala disponibilizada pela instituição, de acordo com a sua disponibilidade.

Sua participação é voluntária, voce está sendo convidada a participar sem nenhuma recompensa financeira, bem como sem nenhum custo, e você terá liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo, não sendo necessárias explicações.

Os resultados encontrados serão divulgados em publicações futuras. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e sua identidade será preservada, sendo garantido total sigilo e anonimato sobre você. Apenas as pesquisadoras terão conhecimento do conteúdo das entrevistas.

A pesquisa poderá oferecer riscos, como constrangimento ou desconforto durante a entrevista, mas não compromete a sua dignidade. Os procedimentos adotados obedecem aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Você terá benefícios por sua participação, pois se pretende, a

partir dos resultados, contribuir para a qualidade da assistência por parte da(o)s profissionais de saúde prestada à vocês. Assim, as pesquisadoras se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

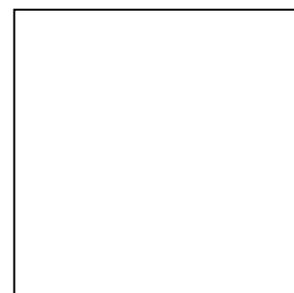
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____ após esclarecimento das informações citadas quanto a minha participação na pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTO NORMAL” aceito participar da mesma voluntariamente, não sendo remunerada, e permito que minhas falas sejam gravadas. Tenho liberdade de decisão e posso a qualquer momento me recusar em participar da pesquisa. Confirmo que recebo cópia deste termo, e autorizo a publicação dos resultados encontrados, bem como será garantido pelas pesquisadoras o acesso aos mesmos com respeito ao sigilo da minha identidade. Em caso, de dúvidas as pesquisadoras estarão a minha disposição para esclarecimentos nos contatos abaixo.

Salvador, ____/____/____

Assinatura da participante

Ailar Nascimento Amaral Bomfim (pesquisadora)



Impressão Digital

Qualquer dúvida ou problema que ocorrer no decorrer da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras, abaixo tem-se telefone e endereço eletrônico

Contato:

Coordenadora da pesquisa: Telmara Menezes Couto

Telefones: (71) 99188-3257 E-mail: telmaracouto@gmail.com

Maternidade Climério de Oliveira

Endereço: Rua do Limoeiro, Nº 137. Nazaré. Salvador Bahia. CEP 40055150

Telefone: (71)3283-9275



APÊNDICE B – FORMULÁRIO SEMI ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

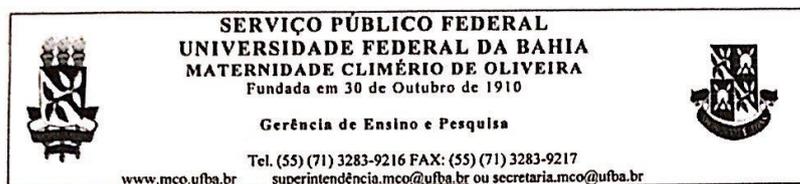
FORMULÁRIO SEMI ESTRUTURADO - ENTREVISTA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

| CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS | |
|---|-------------------|
| Iniciais do nome: | Idade: |
| Grau de escolaridade: | |
| Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena | |
| Situação conjugal: () Casada () Solteira () União estável () Divorciada () Viúva | |
| Ocupação: | |
| Renda familiar: | Renda individual: |

| CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS | | |
|--|---------------------------|-------------------|
| Número de gestações: | Número de abortamentos: | Número de partos: |
| Tipos de parto: _____ normal _____ | | |
| Patologia existente na gestação atual: | | |
| Idade gestacional no parto: _____ semanas _____ dias | | |
| Peso do RN: _____ g | APGAR do RN () 1' () 5' | |

| QUESTÃO NORTEADORA |
|---|
| Como foi para você a assistência recebida pela enfermagem durante o processo de parto normal? |

ANEXO A – CARTA DE ANUENCIA DA PRIMEIRA INSTITUIÇÃO



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Prof. Dr. James José de Carvalho Cadidê, declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida no Projeto de Pesquisa intitulado: **Atores Sociais e fatores envolvidos no processo de parto**, a ser realizado pela pesquisadora Prof. **Telmara Menezes Couto**, com os seguintes objetivos: Compreender as percepções de profissionais de saúde acerca da assistência às mulheres no processo de parto; Compreender a vivência de mulheres acerca da assistência recebida no processo de parto; Conhecer as percepções de mulheres acerca das atividades educativas vivenciadas no pré-natal; e Conhecer a vivência de familiares/acompanhantes de mulheres no processo de parto

O estudo será realizado na Maternidade Climério de Oliveira – UFBA. Para tanto, será autorizado acesso aos dados a serem colhidos nos setores de ultrassonografia, centro obstétrico, alojamento conjunto, unidades de terapia intermediária e intensiva neonatais da instituição, bem como acesso aos prontuários médicos das gestantes/parturientes e neonatos envolvidos na pesquisa e inserção do nome da Maternidade Climério de Oliveira no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

O referido projeto obrigatoriamente deverá passar pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, para sua aprovação e liberação. Deverá ser assegurado que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, para que seja cumprido o que estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Deverá ser garantido que os dados sejam utilizados exclusivamente para a realização do referido estudo.


Salvador, 23 de janeiro de 2017

JAMES JOSÉ DE CARVALHO CADIDÊ

Gerente de Ensino e Pesquisa
Matricula Siape nº 1890378
CPF 095235375-04
Email: jamescadide@hotmail.com

PAULO ROBERTO TAVARES GOMES FILHO
Gerente de Atenção à Saúde
Maternidade Climério de Oliveira/UFBA
Siape nº 1453754

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SEGUNDA INSTITUIÇÃO



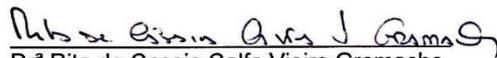
SESAB/SUS – SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
 MATERNIDADE TSYLLA ALBINO
 LADEIRA DE QUINTAS S/Nº - BAIXA DE QUINTAS
 CEP: 40.300-450 – SALVADOR – BA
 TEL: 3244-4093 – FAX: 3233-2786
sesab.mtbalbino@saude.ba.gov.br



Salvador, 15 de setembro de 2017.

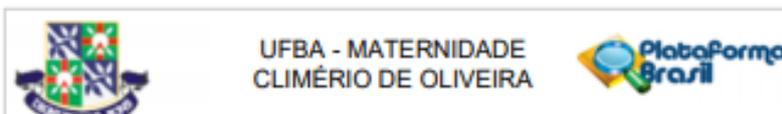
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Dr^a Rita de Cassia Calfa Vieira Gramacho, matrícula 19.255.593-7, Diretora Geral da Maternidade Tsylla Albino, estou ciente e autorizo a professora doutora Telmara Menezes Couto a desenvolver nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado: **“ATORES SOCIAIS E FATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE PARTO”** o qual será executado em consonância com as Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a resolução CNS 466/12. Declaro estar ciente de que a Instituição proponente é corresponsável pela atividade de pesquisa proposta e executada pelos seus pesquisadores e dispõe de infraestrutura necessária para garantir o resguardo e bem estar dos sujeitos da pesquisa.


 Dr^a Rita de Cassia Calfa Vieira Gramacho
 Diretora Geral da MTB

Maternidade Tsylla Albino
 Ladeira de Quintas, s/nº - Baixa de Quintas
 Cep: 40.300-450 – Salvador – Bahia
 Tel: 3244-4093 – FAX: 3233-2786
sesab.mtbalbino@saude.ba.gov.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atores sociais e fatores envolvidos no processo de parto

Pesquisador: Telmara Menezes Couto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65019717.9.0000.5543

Instituição Proponente: Maternidade Clímério de Oliveira/UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.026.663

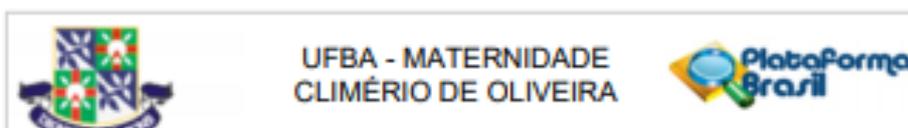
Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa visa aprofundar conhecimentos acerca do universo de percepções em torno dos atores/atrizes envolvida(o)s no processo do parto, as quais se fazem importantes para a compreensão do cuidado oferecido às mulheres no período gravídico-puerperal. A participação proporcionará ações que favoreçam a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o período gravídico-puerperal, incluindo o fortalecimento das atividades educativas, bem como contribuir para a atualização da(o)s profissionais participantes, ampliar o conhecimento na área, melhoria do seu processo de trabalho, além de favorecer o reconhecimento da presença, contribuição e vivência de acompanhantes.

Metodologia do projeto

-Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Os participantes serão entrevistados através de um formulário semiestruturado (ANEXADO). Não há menção sobre as outras questões que podem surgir. A informação que todas as informações contidas serão gravadas das entrevistas não aparece na metodologia. Não está claro quem vai fazer as entrevistas, visto que terá interpretação verbal e não verbal do conteúdo, requer experiência e por isso deve ser feito por pessoal treinado e com experiência (estudante de enfermagem e enfermeira) Tratamento e análise dos dados: A sistematização dos dados realizar-se-á pelo referencial teórico de Bardin, na modalidade de Análise Categorial Temática.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
Bairro: Nazaré **CEP:** 40.055-150
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-6210 **E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.026.663

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres acima de 18 anos que receberam assistência durante o período gravídico-puerperal na maternidade, estejam internadas e no período entre 24 e 48 horas após o parto;
- Acompanhante que acompanhou a mulher durante o período gravídico-puerperal na maternidade;
- Profissionais de saúde envolvidos na assistência durante o período gravídico-puerperal que possuam vínculo com a maternidade por período igual ou superior a 6 meses;
- Profissionais de saúde que tenham pelo menos 12 meses de experiência na área.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mulheres/profissionais/acompanhantes que tenham qualquer tipo de transtorno psíquico;
- Acompanhante que não tenha permanecido acompanhando a mulher durante o processo do parto, por pelo menos 24-48 horas.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

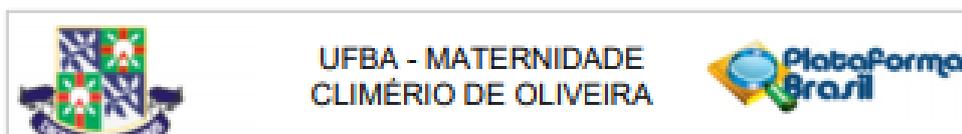
- 1- Compreender as percepções de profissionais de saúde acerca da assistência às mulheres no processo parto;
- 2- Compreender a vivência de mulheres acerca da assistência recebida no processo de parto;
- 3- Conhecer as percepções de mulheres acerca das atividades educativas vivenciadas no pré-natal
- 4- Conhecer a vivência de acompanhantes de mulheres no processo de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"Poderá ocorrer riscos para a(o)s participantes, no que diz respeito ao constrangimento em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, bem como o desconforto e/ou incômodo ao responder alguns questionamentos. Entretanto, para tentar minimizá-los e promover a confidencialidade da(o)s participantes serão utilizados nomes fictícios ou números para identificá-la(o)s, contribuindo também para que não afete a qualidade e a disponibilidade da assistência prestada às mulheres e seus/suas acompanhantes."

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Endereço: Rua do Limoeiro, 137 | CEP: 40.055-150 |
| Bairro: Nazaré | |
| UF: BA | Município: SALVADOR |
| Telefone: (71) 3283-0210 | E-mail: cepmco@ufba.br |



Continuação do Parecer: 2.006.683

BENEFÍCIOS

"Esta pesquisa busca o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A participação proporcionará ações que favoreçam a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o período gravídico-puerperal, incluindo o fortalecimento das atividades educativas, bem como contribuir para a atualização da(o)s profissionais participantes, ampliar o conhecimento na área, melhoria do seu processo de trabalho, além de favorecer o reconhecimento da presença, contribuição e vivência de acompanhantes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo que visa melhor compreensão dos fatores envolvidos no parto e sobre seus participantes (puérpera, acompanhante e profissional de saúde diretamente ligado a assistência no momento do parto).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: apresentado para os diferentes participantes. ADEQUADOS.

ORÇAMENTO: R\$ 3047,10. ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Carta de anuência da instituição: anexada. ADEQUADA.

Recomendações:

A metodologia ainda é um pouco confusa misturando teoria e argumentação com o que será feito. sugere-se que a investigadora disponha em uma sessão única de metodologia o que será realizado para atingir os objetivos.

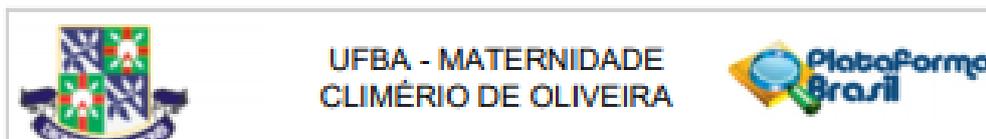
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Endereço: Rua do Limoeiro, 137 | CEP: 40.055-150 |
| Bairro: Nazaré | |
| UF: BA | Município: SALVADOR |
| Telefone: (71)3283-0210 | E-mail: cepmco@ufba.br |



Continuação do Parecer: 2.006.662

Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_864904.pdf | 10/04/2017 10:51:37 | | Aceito |

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
 Bairro: Nazaré CEP: 40.055-150
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-9210 E-mail: cepruco@ufba.br



UFBA - MATERNIDADE
CLIMÉRIO DE OLIVEIRA



Continuação do Parecer: 2.006.663

| | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_detalhado.pdf | 03/04/2017 16:24:53 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMOS.pdf | 03/04/2017 16:20:14 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 03/04/2017 16:19:38 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 03/04/2017 16:18:31 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Brochura Pesquisa | Projeto_03_04.pdf | 03/04/2017 16:15:35 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Carta_anuencia.pdf | 20/02/2017 12:07:27 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Outros | Termo_Compromisso_Pesquisador.pdf | 17/02/2017 12:39:35 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Outros | Nao_coleta.pdf | 17/02/2017 12:34:59 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_confidencialidade.pdf | 17/02/2017 12:27:24 | Telmara Menezes Couto | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha.pdf | 17/02/2017 12:13:54 | Telmara Menezes Couto | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Abril de 2017

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepruco@ufba.br