



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**O ACOLHIMENTO NOS MOMENTOS QUE ANTECEDEM O PARTO: A
VIVÊNCIA DA PARTURIENTE**

**GOIÂNIA-GO
2016**



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**O ACOLHIMENTO NOS MOMENTOS QUE ANTECEDEM O PARTO: A
VIVÊNCIA DA PARTURIENTE**

VANESSA DOS SANTOS PICÃO

Orientador: Dr. Luc Vandenberghe

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e da Saúde da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e da Saúde.

**GOIÂNIA - GO
2016**

P586a

Picão, Vanessa dos Santos

O acolhimento nos momentos de que antecedem o parto[
manuscrito]: a vivência da parturiente/ Vanessa dos
Santos Picão.-- 2016.

113 f.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em Ciências Ambientais e Saúde, Goiânia, 2016

Inclui referências

1. Parto (Obstetrícia). 2. Humanização do parto. 3.
Enfermagem obstétrica. 4. Acolhimento. 5. Mulheres
- Saúde e higiene - Brasil. I.Vandenberghe, Luc Marcel
Adhemar. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
III. Título.

CDU: 618.4(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 26 DE FEVEREIRO DE 2016 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 

Prof. Dr. Luc Marcel Ademar Vandenberghe / PUC Goiás (Presidente)

2)


Profa. Dra. Marilúcia Pereira do Lago / UFG (Membro Externo)

3)


Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro / PUC Goiás (Membro)

4)

Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente / PUC Goiás (Suplente)

Este trabalho, obra, enfim dissertação eu dedico a você, PAI, meu amor eterno, você que pôde acompanhar quase todo meu esforço, mas infelizmente não poderá ver os frutos desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço **a Deus** em primeiro lugar, pelo dom da vida, da força e da sabedoria!!!

A minha mãe, Maria Aleixo, sem você eu não seria a mulher que sou hoje!!!

Aos meus filhos, que me enchem de coragem e força para continuar.

Ao meu esposo Lucas, companheiro que compreende e apoia minhas inúmeras ausências nestes últimos anos.

A Ariela, que além de comadre é a segunda mãe de Ayla Yasmin e João Antônio.

Aos familiares que me ajudaram de alguma forma eu só tenho a agradecer.

Ao meu orientador, Luc Vandenberghe, pelo zelo e atenção dispensados por toda essa trajetória.

Aos mestres que encontrei pelo caminhar do mestrado, com quem pude, além de crescer como pessoa, crescer intelectualmente em decorrência dos ensinamentos: Maysa Ferreira, Vanessa Vila, Rogério José, Roberto, Nelson, Maira, Araci.

Aos amigos de mestrado, os de Goiânia ou de fora como eu, estávamos lá com um único objetivo e nós alcançamos!!!

Ao local do estudo e às mulheres que participaram desta pesquisa: sem o apoio de vocês ela não aconteceria!!! Obrigada de coração.

À banca, pelas orientações, contribuições, ensinamentos e zelo prestados. Esta construção é nossa!

RESUMO

As políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil são relativamente novas e em muitos estados a Rede Cegonha ainda se encontra em fase de implantação. Esta dissertação enfoca a vivência do acolhimento à parturiente num serviço de obstetrícia no interior do estado de Bahia. **Objetivo:** investigar a vivência da parturiente em uma unidade obstétrica até os momentos que antecedem o parto. **Método:** a *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi escolhida como referencial teórico e metodológico para a realização deste estudo. Onze puérperas foram entrevistadas e as entrevistas concerniram à sua percepção, sentimentos e vivências acerca do acolhimento na unidade. **Resultados:** da análise das entrevistas surgiram três eixos norteadores, a saber: Ponto de partida, A pessoa no seu contexto e Ambiente físico; estes foram construídos a partir de nove categorias. O “Ponto de partida” abarcou vivências e complicações do deslocamento. Grande parte das parturientes apresentou dificuldade no transporte. “A pessoa no seu contexto” descreveu as fragilidades do processo, de sentir-se ou não assistida, valorizada ou negligenciada. As parturientes mostraram-se sensíveis à relação interpessoal com a equipe e à não permissão de acompanhante; contudo, quase todas valorizaram o serviço e o atendimento prestado, mesmo quando o percebiam de forma incompleta. O eixo “Ambiente físico” abarcou elementos importantes da ambiência que influenciam a vivência do acolhimento, positiva ou negativamente. **Conclusão:** as políticas e os programas de humanização na área obstétrica ainda não atendem às necessidades das parturientes. Falha em atender às necessidades das parturientes no contexto parto culmina em desajustes no processo de parto e nascimento. As perspectivas analisadas neste estudo mostram que as mulheres são sensíveis a aspectos como relacionamento com os profissionais, cuidados centrados na pessoa com suas fragilidades e adequação do ambiente físico. Tais fatores podem implicar positiva e/ou negativamente, a depender da vivência da parturiente. Essas mesmas vertentes, quando relacionadas à prática do enfermeiro, podem também, facilitar ou dificultar a assistência de enfermagem.

Palavras – chave: Acolhimento. Enfermagem. Humanização.

ABSTRACT

In Brazil, policies concerning women's health are relatively new in Brazil, and in many states a program called *Rede Cegonha* is only gradually being realized. The present dissertation focuses the experience of obstetric intake at a service in hinterland of the state of Bahia. **Objective:** to investigate the experience of women in an obstetric unit during the moments immediately before childbirth. **Method:** Grounded Theory (GT) was chosen as theoretical and methodological reference for this study. Eleven women who had recently given birth were interviewed about their perception, feelings and experiences about the intake in the unit. **Results:** The analysis suggests three axes: Starting point, the Person in her context and the Physical environment. These were constructed based on nine categories. The "Starting point" unites experiences and difficulties of transport to the unit. Many reported troubles in getting to the unit. The "Person in her context" describes vulnerabilities of the intake process, feeling cared for or not, valued or neglected. The recent mothers were sensitive to the interpersonal relation with the team, and to the rejection of their request to have a partner accompany them. However, most of them valued the service and the help they received. The axis "Physical environment" contains important ambient elements that positively or negatively influence the experience of the intake. **Conclusion:** Policies of person-centered care in obstetrics still have not been able to meet women's real needs. Failure to meet the needs of women giving birth in the obstetric context leads to maladjustment in the process of delivery and birth. The perspectives analyzed in this study show that women are sensible to aspects like the personal relationship with the health professionals, care centered on the person with her vulnerabilities and the adequacy of the physical environment. Such factors can impact positively or negatively, depending on the experience of the woman giving birth. The same factors, when linked to the nursing practice, can also, aid or hinder adequate patient care.

Keywords: Intake, Nursing, Patient centered care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	20
1 REVISÃO DA LITERATURA	21
1.1 A GRAVIDEZ	21
1.2 MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS NA GESTANTE.....	22
1.3 ASPECTOS PSICOAFETIVOS DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO	24
1.4 O PRÉ-NATAL	26
1.5 O TRABALHO DE PARTO E O PARTO	28
1.5.1 Etapas do trabalho de parto normal e sua duração	29
1.5.2 Parto cesáreo	29
1.6 O PUERPÉRIO	30
1.7 A MATERNIDADE: AMBIENTE ARQUITETÔNICO E DE CUIDADOS EM SAÚDE	31
1.8 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/ REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE E MATRICIAMENTO	34
1.9 A REDE CEGONHA E O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA	38
1.9.1 O acolhimento realizado pelo enfermeiro na Rede Cegonha.....	42
CAPÍTULO II	45
2 MÉTODO QUALITATIVO	46
2.1 A GROUNDED THEORY – TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS/ TFD	46
2.2 EQUIPE E REFLEXIVIDADE	49
2.3 CENÁRIO DO ESTUDO	50
2.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	52
2.5 PROCEDIMENTOS	52
2.5.1 Coleta de dados	52
2.5.2 Análise de dados.....	54
2.5.3 Definição das categorias.....	55
2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	56
CAPÍTULO III	58

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
3.1 DADOS COLETADOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO.	59
3.2 APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS	60
3.2.1. I. O deslocamento.....	63
3.2.2. II. Complicações do deslocamento.....	64
3.2.3. III. A chegada / como chegou?.....	65
3.2.4. IV. Fragilidade pelo processo.....	66
3.2.5. V. Sentiu-se bem assistida pelo enfermeiro.	68
3.2.6. VI. Valorização do serviço.....	69
3.2.7. VII. Sentir-se negligenciada.....	69
3.2.8. VIII. Aprovação do ambiente / Bem – estar.....	71
3.2.9. IX. Desconforto no ambiente.	72
CAPÍTULO IV.....	73
4 APRESENTAÇÃO DAS DISCUSSÕES	74
CAPITULO V	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE	103
ANEXOS	105

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1 - Características das Redes de Atenção à Saúde - RAS.....	36
Figura 2 - Linha de Cuidados à gestante e ao RN.....	41
Figura 3 - Visão geral dos três eixos.....	61
Figura 4 - Eixo temático Ponto de partida.....	62
Figura 5 - Fragilidade pelo processo.....	67
Figura 6 - Assistência (à pessoa no seu contexto).....	68
Figura 7 - Ambiente físico.....	71

QUADRO

Quadro 1 Perfil socioeconômico das parturientes.....	59
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
DVD	Digital Versatile Disc
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
E	Entrevistada
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grounded Theory
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan – Americana de Saúde
POI	Pós-operatório imediato
PUC	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PPP	Pré-parto, parto e puerpério
RAS	Rede de Atenção à Saúde
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RDC	Resolução das Diretrizes Colegiadas
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
VHS	Velocidade de Hemossedimentação

INTRODUÇÃO

Este trabalho nasce das minhas indagações e inquietações sobre as práticas assistenciais do enfermeiro em obstetrícia e mais ainda das minhas reflexões sobre a vivência das parturientes que passaram pela experiência obstétrica na unidade do estudo. Qual a percepção dessas mulheres em relação ao atendimento do enfermeiro e demais profissionais da equipe e ao ambiente que as recebe e acolhe nesse processo?

Compreendo serem fundamentais os achados dessas vivências, pois podem influenciar as práticas assistenciais do enfermeiro, na medida em que propiciam uma reflexão acerca do seu papel e do seu fazer no acolhimento às gestantes. Podem, assim, contribuir positivamente para a realidade vivenciada por elas, colaborando com a melhoria no atendimento a tal população.

A reflexão crítica sobre o processo de parto e nascimento remete ao fato de que os direitos da mulher e do recém-nascido estão baseados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em que a saúde figura como um direito básico. O binômio mãe – bebê deve ser tratado com respeito e dignidade e ter direito a uma assistência livre de danos, bem como a informações que devem ser prestadas em linguagem acessível (DAVIS - FLOYD et al., 2010).

Souza e Costa (2010) explicam que a Conferência de Alma-Ata, em 1978, corroborou a responsabilidade do Estado em assegurar o direito à saúde. No caso brasileiro, estabelecida na Constituição Federal em 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde e nas diretrizes do SUS nos anos 90. Menicucci (2009, p. 1620) também enfatiza:

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde a partir da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Insera-se nesse contexto a importância da Estratégia Saúde da Família - ESF na consolidação da Atenção Básica no Brasil, para direcionar as atividades dos profissionais envolvidos na assistência de saúde. Ocorreram também a implantação das políticas públicas referentes à saúde da mulher e a participação social (SOUZA; COSTA, 2010).

A implantação das políticas públicas de saúde da mulher iniciou-se nos anos 1970 com a criação do Programa materno – infantil. Nos anos 80 o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) atendeu a uma demanda fomentada por parte das mulheres e movimentos que apoiavam sua saúde e lhes deram voz (LIMA et al., 2014).

No início do século XXI grandes mudanças e avanços na área materna e neonatal culminaram na implantação de mais uma política pública: o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2000).

Aconteceram também, na mesma década, a Conferência Nacional das Políticas Públicas em Saúde da Mulher, fortalecendo os movimentos ocorridos até então, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e o consequente Plano Integrado de Enfrentamento da Feminilização da AIDS e outras DST (LIMA et al., 2014).

Os avanços e mudanças das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher se deram em virtude dos altos índices de mortalidade materna e neonatal. Estudos de Siqueira et al. (1984) apresentados na I Seminário Nacional de Estudos de Mortalidade Materna na cidade de São Paulo já revelavam que:

A influência de problemas sociais/socioeconômicos, como a mortalidade por aborto e aquela decorrente da própria utilização inadequada dos serviços (ou de existência de serviços inadequados) a mortalidade materna transcende sua especialidade e chega a ser, à semelhança do que ocorre com a mortalidade infantil, um indicador de condições de vida mais do que de saúde (SIQUEIRA et.al., 1984, p. 448-449).

Os autores ilustraram as fragilidades de tal contexto: altos índices de mortalidade materna e neonatal que ocorrem por fatores biológicos, doenças associadas à gravidez e até por características das populações. Contudo, enfatizaram que a utilização dos serviços de saúde, o acesso ou a frequência das consultas de pré-natal, a qualidade da assistência ao parto e o grande número de abortos provocados são pontos fundamentais a serem observados (SIQUEIRA et al., 1984).

Lima et al. (2014) mencionam que em 2011 foram criados os programas: Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes; Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde; e a Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas, buscando fomentar qualquer cidadão que se interesse por essas temáticas.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em conjunto com o Ministério da Saúde (2008), enfatiza que o modelo de assistência à saúde na América Latina é fragmentado e de difícil acesso, por isso tem custos aumentados, e não é eficaz.

Com o objetivo de superar essa realidade, a OPAS/OMS escolheu um modelo de organização para os sistemas: as Redes de Atenção à Saúde – RAS. Em 2010, as RAS tiveram suas diretrizes fundamentadas pela Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010).

Os modelos de atenção em rede permitem: conjugadas e vastas intervenções preventivas e curativas, atenção à saúde ininterrupta, integralidade dos serviços e níveis de atenção e a conexão entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho intersetorial (GIOVANNI, 2013).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, p.4).

A produção científica atual em saúde da mulher e o atendimento em rede buscam qualificar os profissionais atuantes nos diversos momentos de atendimento a essa clientela e apresentam o conjunto de portarias que instituem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com seus diferentes componentes de incentivo à assistência pré-natal e a organização, regulação e novos investimentos na assistência obstétrica (DINIZ, 2005).

Em 2011 o Ministério da Saúde, pela pactuação tripartite, priorizou, entre outras RAS, a Rede Cegonha, que apresenta como focos a gestante e a criança até 24 meses e tem como princípios:

O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (BRASIL, 2011)

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha, objetivou expandir a entrada de gestantes de forma segura e instituir qualidade nos serviços de saúde; foi deliberado que gestores e profissionais da saúde, com a participação dos usuários, são responsáveis pelo fazer na Rede (BRASIL, 2014).

A pretensão é que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, primando por uma assistência humanizada. O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, editado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), explana o que se tem de mais atual e específico aos profissionais de saúde que atuam na área de obstetrícia, imbuído dos conceitos de humanização, acolhimento, defesa dos direitos humanos, equidade, diferenças regionais e diversidade cultural, bem como dos princípios do SUS. Está em processo de implantação por todo o Brasil.

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que prevê mudanças na relação profissional/paciente, pois está imbuído de conceitos humanísticos, éticos e profissionais que inserem o paciente como parte do processo de produção da saúde. Visa assistir o paciente em suas necessidades, ouvindo-o e buscando resolutividade em relação aos problemas de saúde apresentados; prima também por respostas adequadas às dúvidas e por encaminhamentos eficazes que se fizerem necessários (BRASIL, 2004).

Para que o acolhimento aconteça, é necessário que o profissional esteja imbuído de humanização durante o atendimento. O conceito de cuidados humanizados na área da saúde não é novo; há alguns anos já se ouve falar de atenção humanizada. No Brasil, contudo, tal prática ficou em evidência a partir da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, criada em 2003 (BRASIL, 2011).

A responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia versa sobre o recebimento da parturiente de baixo risco, internação e realização do parto normal sem distocias, bem como a emissão de declaração de nascido vivo, desde a internação e durante o trabalho de parto. São competências do enfermeiro: prestar orientações e atender às demandas da parturiente, identificar distocias durante o parto e, se ocorrerem, conduzir o parto até a chegada do obstetra. Nesse contexto as condutas do enfermeiro ganham espaço na equipe de obstetrícia e marcam profundamente as situações vivenciadas pelas parturientes; por isso a importância do perfil desse profissional (WINCK; BRÜGGEMANN, 2010).

Segundo Floyd et al. (2010), a falta de expertise e cômico humanístico no acolhimento do binômio mãe/recém-nascido proporciona um atendimento de má qualidade e altamente interventivo pelo não respeito aos direitos humanos básicos. Esses autores, a partir da literatura existente que principia dos direitos humanos até as políticas públicas desenvolvidas para assistência à mulher e à criança, compreendem o surgimento das políticas públicas voltadas à humanização.

Humanização é definida como a valorização dos sujeitos envolvidos nos cuidados de saúde e coexiste com valores que devem ser levados em consideração, tais como: vínculos solidários, participação coletiva, autonomia, protagonismo e coparticipação, o que implica a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2014). Um exemplo é a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa, que mesmo antes de sua fundação em 1993 já contava com alguns pioneiros em diferentes estados brasileiros. Contudo, foi na Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, que os partos humanizados e o acolhimento com delicadeza aos recém-nascidos tiveram início (RATTNER, 2009).

Atemática é cada vez mais discutida e inserida nas agendas de formulação de políticas públicas de saúde. Integralidade da assistência, qualidade, cuidados holísticos, trabalho em equipe, acolhimento e a “humanização” das práticas de saúde, esses autores propõem a debater a dimensão e a subjetividade dos processos de trabalho nos serviços de saúde e a operacionalização destes (VERAS; MORAIS, 2011).

A Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS é o um documento-base para elucidar métodos, princípios, diretrizes e dispositivos que potencializam as práticas do Sistema Único de Saúde; possui portarias e decretos que o normatizam (BRASIL, 2011).

As literaturas específicas sobre a humanização nos serviços de saúde que envolvem a gestante, o processo de parto e o puerpério auxiliam e direcionam as práticas de cuidados humanizados a essa clientela e fomentam profissionais de saúde ao atendimento às suas necessidades (BRASIL, 2011).

Na gravidez ocorre uma ampla mudança na vida da mulher. Ela terá necessidade de reestruturar os papéis exercidos - ajustar-se ao papel de filha à condição de mãe e reajustar sua vida conjugal, situação econômica e atividade profissional. Tais modificações biológicas, somáticas, psicológicas e sociais podem deixar a mulher mais suscetível e sensível aos acontecimentos e assim desencadear uma crise emocional. Todavia, podem também implantar um potencial de resolutividade e resiliência (PICCININI, 2008).

A internação e o trabalho de parto são experiências únicas na vida da mulher e cada uma percebe esse momento de forma diferenciada a partir de suas vivências, seu contexto epidemiológico, social e cultural, o número de partos, experiências anteriores e seu preparo no pré-natal. Esses fatores podem auxiliar positivamente ou não nos processos de pré-natal, parto e puerpério.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais -, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. A consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. Está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil (BRASIL, 2000, p. 8-9).

O enfermeiro é chave fundamental para o acolhimento da parturiente, tanto no pré-natal quanto nas unidades obstétricas, pois normalmente o primeiro contato da mulher com um profissional da saúde em unidades de saúde será com esse profissional. Cabe a ele acolher, orientar, humanizar o atendimento. O Ministério da Saúde, em sua cartilha sobre humanização no parto, afirma que “as unidades de saúde devem receber com dignidade a mulher, [...]. Isto requer ética e solidariedade por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição [...], assim ser acolhedor” (BRASIL, 2002).

Não se pode dispensar um olhar cuidadoso às iatrogenias que ocorrem durante o parto e nascimento, decorrentes de um acompanhamento/ preparo pré-natal insuficiente. O atendimento inadequado e a ausência de acolhimento que podem ocorrer nas maternidades culminam em situações de violência obstétrica, morbidade e mortalidade perinatal e neonatal:

Ao contrário dos países desenvolvidos, onde predominam as perdas perinatais relacionadas com causas de difícil prevenção, entre elas as malformações congênitas, os acidentes de cordão umbilical e o descolamento prematuro de placenta; no Brasil as principais causas de óbito perinatal são as afecções passíveis de prevenção através de uma adequada atenção pré-natal e assistência ao parto, das quais destacam-se: os toco-traumatismos, patologias maternas (síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, infecções congênitas e etc.) e, por fim, a asfíxia perinatal. Esta última é sempre considerada como uma das grandes causas de morbidade e mortalidade, apesar de raramente ter os seus fatores etiológicos bem esclarecidos, favorecendo distorções no preenchimento das declarações de óbito (NOGUEIRA, 1994; TANAKA, 1994; AERTS, 1997 apud DE LORENZI et al., 2001, p.2).

As complicações neonatais possuem efeito negativo na saúde da mulher e transformam o parto e nascimento em um momento de angústia, por não ter acontecido conforme o desejado pela mulher e pelos familiares (que é ter um recém-nascido saudável). Assim, culminam em desfechos relacionados à morbidade adquirida. Vaz (1997, p. 3) elucida:

São as infecções agudas intra-uterinas, os problemas respiratórios, as malformações, a prematuridade e a infecção pós-natal, está ocupando uma importância que varia conforme as condições operacionais da Maternidade e do Berçário. Às infecções neonatais, cabe a responsabilidade de alta mortalidade, de elevada morbidade e de grandes sequelas. A prematuridade e as infecções neonatais contribuem substancialmente para a má qualidade de vida do sobrevivente, para o pesado ônus familiar e para o considerável peso social.

Este estudo possui relevância para todos os envolvidos nesse contexto de cuidados, inclusive os gestores de unidades obstétricas, para que possam tornar transformadora a realidade vivenciada. A partir de estudos como este será possível esclarecer sobre as percepções das usuárias desses serviços de saúde e compreender suas vivências no que diz respeito ao acolhimento de enfermagem e ao ambiente ofertado.

A *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi escolhida como referencial teórico e metodológico, dentre os principais referenciais disponíveis para a realização deste estudo. Por meio dela foi possível instituir um modelo conceitual da percepção, sentimentos e vivências de parturientes acerca do acolhimento nos momentos que antecedem o parto.

O estudo é qualitativo e de natureza exploratória e interpretativa. Investigar e conhecer as percepções e os sentimentos maternos durante essa trajetória torna-se relevante a partir da premissa de que o conhecimento relacionado à temática torna mais humano e acolhedor o profissional que gerencia o cuidar. A adoção de medidas humanísticas envolve, principalmente, a facilitação do processo de trabalho de parto para deixar a parturiente mais tranquila e ambientada em um momento novo e tão importante no seu ciclo vital.

Considerando a complexidade que envolve a hospitalização, o processo de trabalho de parto e a qualidade da assistência de enfermagem, surgiu como questão norteadora deste estudo: qual a vivência da parturiente, a percepção sobre o ambiente e o acolhimento até os momentos que antecedem o parto?

Torna-se fundamental conhecer tal problemática e ilustrar os processos que se dão nessa trajetória, bem como sua repercussão emocional na gestante que se encontra no ambiente hospitalar e vivencia o parto. Esta pesquisa objetivou, portanto, investigar a vivência da parturiente, bem como os sentimentos que a envolvem em uma unidade obstétrica.

Quanto aos objetivos específicos, almejou-se compreender a vivência da parturiente acerca de como ocorreu seu transporte até a unidade obstétrica, como percebeu a sua chegada, bem como sua internação. Além disso, pretendeu-se identificar sua percepção sobre o atendimento do enfermeiro e demais membros da equipe e sobre o ambiente hospitalar/obstétrico durante o período que antecedeu o parto.

CAPÍTULO I

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 A GRAVIDEZ

São sinais de presunção da gravidez: enjoo, mamas doloridas, sonolência, apetite aumentado ou diminuído e atraso menstrual superior a duas semanas. Nessas condições, a mulher deve procurar uma unidade básica de saúde para fazer o teste rápido de gravidez (que se conclui em cinco minutos e visa à agilidade no início do pré-natal). Nas unidades de atenção básica, as funções de acolher e realizar o teste competem ao enfermeiro (UNICEF, 2011).

Caso o teste rápido de gravidez seja positivo, a gestante deve realizar a primeira consulta de pré-natal e o Teste da Mamãe, que diagnostica as doenças: toxoplasmose congênita, rubéola, sífilis recombinante, hepatite B e C, Chagas, inclusão citomegálica e Aids. Essas ações fazem parte do componente pré-natal da Rede Cegonha e primam por um pré-natal de início precoce e com qualidade (BRASIL, 2014).

Rezende (2011) discorre sobre os sinais de certeza da gravidez: ausculta dos batimentos cardíacos fetais, realizada pelo exame de ultrassonografia entre a sexta e a oitava semana de gestação; ausculta pelo sonar, a partir da décima-segunda semana; e a movimentação fetal, sentida pela mulher, que ocorre entre a oitava e a décima-segunda semana de gestação (SÃO PAULO, 2010).

De essencial valor é o diagnóstico precoce de gravidez, para que a mulher possa ser acolhida na unidade básica de saúde pelo enfermeiro. Ele a orientará sobre o calendário de consultas do pré – natal, sobre os exames que deverão ser realizados e vacinas que deverão ser atualizadas. Há recomendação, por parte do Ministério da Saúde em construir em cada sala de espera que antecede as consultas de pré-natal a educação em saúde para as gestantes assistidas pela atenção básica, para minimizar possíveis danos durante o acompanhamento pré-natal e prepará-las para o parto (BRASIL, 2000).

Segundo o Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), com a implantação da Rede Cegonha em sete estados Brasileiros, incluindo o Estado da Bahia, onde ocorre este estudo, decorrem outras demandas aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, complementares a assistência pré-natal, também contribuindo com o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados.

As demandas complementares do pré-natal na Rede Cegonha visam a uma mudança de paradigma do cuidado. A adoção de boas práticas para promoção da saúde da mulher e do bebê no pré-natal, parto e nascimento previnem a morbidade e mortalidade evitáveis. Compreende-se que o processo de parturição é um evento fisiológico e social em que a mulher é a protagonista e tem autonomia do momento, regulando ética e responsabilidade por si, pelo bebê e pela família (GIOVANNI, 2013).

Este modelo propõe atenção continuada e garantia de acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (mínimo de seis consultas de pré-natal, exames clínicos e laboratoriais), a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto (saber com antecedência onde dará à luz), incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento (humanização e redução da violência obstétrica) “o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida” (BRASIL, 2012, p.7).

A gravidez e a mulher grávida possuem representatividade social importante e é nesse contexto que ela deve estar atenta para a conjuntura de saúde que a envolve e se fazer presente nas decisões de saúde que a abrangem, bem como o bebê e a família, primando por qualidade e melhor atendimento em saúde.

1.2 MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS NA GESTANTE

Por ser a gravidez um período de grandes mudanças físicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e sociais, faz-se necessária uma atenção diferenciada à gestante. Tal assistência já deve ser ofertada nos serviços de pré-natal e assistência continuada nas unidades obstétricas. A gestação e o nascimento são acontecimentos que geram grandes mudanças nas famílias, por isso é fundamental que se auxilie a gestante nessa construção, de maneira a prepará-la para manter-se com saúde e para o nascimento do bebê (GONÇALVES CAMACHO, 2010).

De acordo com Fritz (2002), a gravidez é dividida em três momentos/ fases, nominados trimestres: o primeiro trimestre pode se revelar por mal-estar frequente (náuseas, alterações no humor), resultado das alterações hormonais e/ou do ajuste corporal; no segundo trimestre a mulher já se sente mais equilibrada com as alterações ocorridas e, próximo ao fim dessa fase, começa a sentir os primeiros movimentos do feto; no terceiro trimestre as mudanças de postura e o movimento dos órgãos internos,

relacionadas ao aumento de peso do feto em crescimento, geralmente causam muito desconforto ao organismo materno.

Segundo Carvalho (2007), a gestante apresenta modificações no sistema cardiovascular: o fluxo sanguíneo aumenta, ocorre uma compressão parcial da veia cava em razão do aumento uterino, há uma sobrecarga no trabalho cardíaco, o coração aumenta de tamanho e é deslocado ligeiramente, também pelo aumento uterino.

Segundo Sá e Picon (2005), o sistema cardiovascular sofre alterações contínuas durante a gestação e o parto, que abrangem modificações hemodinâmicas, como a ocorrência do aumento do volume e do débito cardíaco e a diminuição da resistência vascular sistêmica e da reatividade vascular.

As modificações respiratórias incluem elevação do diafragma, aumento da frequência respiratória e hiperventilação. O sistema respiratório sofre adaptações importantes durante o período gestacional que acabam interagindo e afetando a função pulmonar e as trocas gasosas (ARNHOLD, 2009).

Barros (2006) expõe que o trato respiratório superior se torna bem vascularizado devido ao aumento do estrogênio no organismo. Os capilares podem ficar obstruídos, o que pode gerar irritação, edema no nariz, laringe, faringe, traqueia e brônquios.

À medida que a gestação progride, o útero cresce e desloca o estômago e os intestinos. Esse deslocamento altera o esvaziamento gástrico, tornando-o mais vagaroso, ou seja, as ondas peristálticas esofagianas tornam mais lentas e com uma amplitude menor, podendo originar refluxos gastresofágicos, regurgitações e indigestões. Podem ocorrer também pirose, refluxo gastresofágico, alteração do apetite, aversão a alimentos e desejo por outros (MONTENEGRO, 2006).

No sistema urinário, devido a alterações sistêmicas e locais (anatômicas) decorrentes do aumento de fluxo sanguíneo, há aumento da frequência urinária. No sistema tegumentar podem ocorrer estrias nas mamas, abdome e nádegas, provavelmente pelo estiramento da pele. Pode ocorrer também a hiperpigmentação da pele, o que é denominado cloasma, linha negra no abdome, entre outras manchas. Ocorre também o Sinal de Halban, que é um aumento da atividade das glândulas sudoríparas, sebáceas e folículos pilosos. Quanto às alterações hematológicas, ocorrem leucocitose, os níveis de hemoglobina e hematócrito podem cair e o VHS apresenta aumento (CARVALHO, 2007).

O mesmo autor descreve o metabolismo da gestante, que de todo é aumentado: o peso corporal aumenta em torno de 9 a 12 kg, no sistema endócrino a hipófise duplica

de peso, ocorre hipertrofia da tireoide, o pâncreas aumenta a secreção de insulina e a glândula suprarrenal aumenta a produção de cortisol e aldosterona. A gestante também apresenta grande vulnerabilidade emocional e irritabilidade.

Nettina (2003) descreve que na gestação o sistema endócrino encontra-se alterado; quatro hormônios sexuais femininos ficam em evidência nesse período, pois desempenham papel fundamental à mãe e ao feto: o estrogênio e a progesterona, secretados pelo ovário durante o ciclo menstrual normal, e a gonodotrofina coriônica e a somatomamotropina coriônica.

Há ocorrência de modificações locais, tais como a hiperplasia e hipertrofia de todo o aparelho reprodutor feminino, alterações no formato e tamanho uterino, bem como em sua consistência, posição e coloração, que passa a ser vinho. Ocorre ainda o amolecimento do istmo e do colo uterino devido a alterações hormonais, as tubas uterinas e ovários se avolumam e os ovários se tornam mais vascularizados. A vagina e vulva também se tornam mais vascularizadas e adquirem a cor arroxeadas. As mamas alargam-se e ficam mais pigmentadas, ocorre aumento da lubrificação das aréolas, hipertrofia dos alvéolos mamários e os mamilos ficam maiores e mais eréteis. O colostro aparece por volta do 2º mês e acontece também hipersensibilidade mamária (CARVALHO, 2007).

Os hormônios da gestante aumentam em sua concentração, o que contribui para as modificações corporais da mulher, atuam no crescimento apropriado do bebê e até desencadeiam ou exacerbam sintomas depressivos e/ou de ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, mudança no apetite, insônia, hipersônia e perda de energia (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005).

1.3 ASPECTOS PSICOFISIOLOGICOS DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

Quanto às fragilidades, observou-se nos estudos de Piccinini (2008) que a gestação está ligada a modificações não só biológicas e somáticas, mas também psicológicas e sociais, que alteram a dinâmica psíquica individual e as relações da gestante. O modo como ela percebe as mudanças reflete profundamente na composição da maternidade e na relação mãe-bebê, um processo de aprendizado que está em ampliação.

Na gestação a mulher tende a sentir, na maioria das vezes, alguns desconfortos físicos, pelas mudanças fisiológicas e anatômicas, e emocionais, também pelo fato da gravidez e o parto serem experiências desconhecidas. Devido a essas questões, algumas indisposições menores podem assumir uma grande importância. A gravidez pode ser considerada a única fase do ciclo vital em que ocorrem mudanças tão significativas em pouco tempo (POLDEN; MANTLE, 2000).

Basile (2010) afirma que a gestante apresenta maior vulnerabilidade emocional e sentimental. Os aspectos psicoafetivos devem ser considerados, isto é, as vivências afetivas, medos, sonhos e fantasias que as gestantes trazem consigo. Dessa forma, elas precisam, além de recursos técnicos, de recursos psicológicos. Cada gestante vivencia esse momento de forma única; o feto que está sendo gerado faz o casal reviver sentimentos infantis vivenciados com seus próprios pais e irmãos.

Todo tipo de sentimento pode surgir. A vinda de um filho altera toda a composição e organização familiar. Deve-se levar em consideração a história da gestante, pois suas experiências podem sistematizar os aspectos emocionais que ela apresentar.

A gravidez pode intensificar sintomas de ansiedade, entre outros que podem ser vivenciados com apreensão (BALLONE, 2004). Esse autor menciona que sentimentos como medo, ansiedade e apreensão podem ser vivenciados, mesmo que a gestante apresente acompanhamento adequado no pré-natal. Já no puerpério a mulher precisa estabelecer um vínculo afetivo com o bebê e deve se adaptar às mudanças que a maternidade traz. Os primeiros momentos vivenciados pela parturiente são arraigados de emoções e trazem consigo grandes transformações.

Nicácio (2007) afirma que a mulher no período gestacional sofre diversas mudanças e transformações biopsicossociais e emocionalmente poderá se perceber menos feminina e atraente e reduzir sua autoestima. Esse momento pode ser conflitante, pois as pessoas percebem um momento sublime, enquanto a gestante pode estar vivenciando a não aceitação do seu novo eu.

O puerpério representa para a mulher um período de fragilidade psíquica que deve ser transitório e não confundido com depressão pós-parto. A mulher precisa de amparo e proteção nos “lutos” vivenciados na transição gravidez-maternidade, momento em que ela passa a postergar as próprias necessidades em detrimento das do bebê (SARMENTO, 2003).

1.4 O PRÉ-NATAL

Atualmente, o pré-natal é requisito fundamental para a evolução saudável da gravidez, pois é por meio dele que se realiza um acompanhamento da gestante buscando-se incorporar orientações sobre prevenção e promoção a saúde. Torna-se, então, pré-requisito para um parto saudável e bem aproveitado.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASCO informa sobre o pré-natal e sua relação com necessidades físicas e afetivas da gestante:

Há cerca de 100 anos atrás, em todo o mundo, o acompanhamento pré-natal como conhecemos hoje estava apenas começando a se estruturar e a maioria dos partos ainda acontecia fora do ambiente hospitalar. Ao longo deste período a institucionalização do atendimento ao parto foi importante fator para o aprendizado médico da arte da parturição. Medicamentos, procedimentos cirúrgicos e equipamentos foram incorporados nesta assistência e a redução da mortalidade materna e perinatal é inquestionavelmente uma grande conquista desta época. Entretanto, importantes aspectos da atenção obstétrica como o cuidado com as necessidades de suporte físico e afetivo da parturiente foram perdendo espaço para a incorporação de tecnologia (FEBRASCO, 2010 p.49).

O Ministério da Saúde preconiza um número específico de atendimentos à gestante no pré-natal. Isso garante que ela seja melhor assistida e orientada pelos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), e o enfermeiro é responsável por realizar o maior número de consultas no pré-natal (SÃO PAULO, 2010). As consultas, que abrangem a realização dos exames necessários, minimizam riscos físicos e auxiliam na compreensão das alterações psicológicas durante a gravidez. Nessas ocasiões, a gestante deve receber orientações técnicas pelos profissionais da equipe multidisciplinar, em especial pelo enfermeiro, e sobre as alterações físicas, emocionais e comportamentais advindas da gestação, trabalho de parto e parto.

O número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde para todas as gestantes é de seis consultas, com início o mais precocemente possível, sendo assim distribuídas: Uma no 1º trimestre (até a 12ª semana), duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre; Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no 3º trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de gestação; gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até a 41ª devem ser encaminhadas à maternidade de referência para a interrupção da gravidez; A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido; Da mesma forma, retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina; O controle do

comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços; para isso, deve ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas. Além dessas seis consultas consideradas como o mínimo adequado, a mulher deve ter ao menos um retorno puerperal (BRASIL, 2005 p. 30).

Quanto ao preparo físico e emocional da gestante, o Manual de Parto e Puerpério do município de São Paulo (SÃO PAULO, 2010), baseado no manual do Ministério da Saúde, preconiza que devem ser realizados grupos de gestantes (além da consulta individual), os quais serviriam à orientação do trabalho de parto e ao esclarecimento das alterações físicas e emocionais. Dessa forma, contribuiriam para o momento do parto e se realizaria educação em saúde, além de minimizar conflitos relacionados à falta de informação. O referido manual assim descreve:

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher deve receber algumas informações fundamentais; outras informações devem ser construídas com cada grupo, a partir de questões importantes e escolhidas pelas próprias mulheres participantes. Esse tipo de atividade deve seguir os preceitos de educação para adultos, com base na aprendizagem significativa: quando o aprender faz sentido para cada um dos usuários. Isso geralmente ocorre quando aquilo que se aprende responde a uma pergunta nossa e quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Dessa forma, é importante que os temas discutidos tenham significado para as usuárias, ou seja, responda às suas dúvidas e inquietações (SÃO PAULO, 2010, p.59).

A assistência pré-natal prevê alcance de metas que possam contribuir com a gestante e sua família durante a gravidez; deve incluir visitas domiciliares, para reforçar o vínculo com a família e conferir atenção ao contexto social em que a gestante está inserida. Qualquer alteração ou fator de risco deve ser tratado junto com a equipe (BRASIL, 2000).

O primeiro passo para o parto e nascimento humanizado é obter uma assistência pré-natal adequada, tanto na oferta quanto no cumprimento da agenda. A relação de respeito entre profissionais e gestante é estabelecida nesse momento e deve perpassar todo o acompanhamento até o momento do parto:

- parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas;
- respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;
- disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e outros temores;
- promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
- informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor;

- espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje;
- direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2000, p. 34).

Dessa forma, o principal objetivo da assistência pré natal é ofertar assistência de qualidade em todas as etapas dos ciclos gravídico e puerperal, primando pela manutenção e pela qualidade de vida da mulher.

1.5 O TRABALHO DE PARTO E O PARTO

Entre 38 a 40 semanas de gestação, próximo do fim da gravidez, ocorrem as contrações do músculo uterino e estas se tornam fortes e eficazes o bastante para expulsar o feto e os produtos da concepção. Os mecanismos que levam o útero a iniciar o trabalho de parto ainda não são conhecidos, bem como as causas que culminam em adiantamento ou atraso (ZIEGEL; CRANLEY, 1986). Esses autores acreditam que o parto seja induzido por uma série de alterações endócrinas e hormonais que evidenciam uma combinação de alterações fisiológicas inter-relacionadas.

O parto é a trajetória mais almejada e mais temida pelas gestantes. Esse processo é vivido com muita consternação e cada parturiente o representa de um modo (GUALDA, 1993). Segundo o mesmo autor, o reconhecimento dessa representação de sentimentos precisa ser apurado pela equipe de enfermagem, em especial pelo enfermeiro que a assessora. É necessário apoio emocional para suprir as dificuldades que a parturiente possa vir a apresentar.

Quanto aos primeiros sintomas do trabalho de parto, Ziegel e Cranley (1986, p.314) descrevem:

Algumas vezes, o trabalho de parto parece iniciar-se subitamente, mas muitas vezes os sinais de sua aproximação aparecem muitas horas, um dia, ou mesmo uma semana ou mais antes de seu real início. Em geral, esses sintomas são aclaramento, dores de falso trabalho de parto, alterações na cérvix, vestígios de sangue e ruptura das membranas. A própria mulher pode estar ciente de todos esses sinais, com a exceção das alterações na cérvix, que podem ser percebidas pelo médico quando ele realiza um toque vaginal.[...] Algumas vezes a mulher não está consciente de quaisquer primeiros sintomas do trabalho de parto; em outras ela observou a maior parte desses sintomas, ou todos..

1.5.1 Etapas do trabalho de parto normal e sua duração

O trabalho de parto é dividido em quatro etapas ou períodos assim denominados, segundo Goldman (2009):

1ª etapa - dilatação: quando ocorrem as contraturas musculares com regularidade; finaliza-se com a total dilatação da cérvix;

2ª etapa - expulsão: inicia-se na total dilatação da cérvix e finda-se com a saída do feto;

3ª etapa - quitação ou secundamento: ocorre em seguida ao nascimento do feto e termina com a liberação da placenta;

4ª etapa ou período de Greenberg: é a primeira hora após o delivramento placentário.

Carvalho (2007) explana a respeito da duração do trabalho de parto normal. Ele pode variar de acordo com a paridade da mulher, ou seja, se primípara o tempo de parto pode ser de 12 a 24h; se múltípara em torno de 12h, 7h ou menos. Quanto maior o número de paridade, menor o tempo de trabalho de parto.

O autor supracitado trata também da relação tempo das etapas e quantidade de partos: se primípara, a primeira etapa durará em torno de 11 horas, 70 minutos a segunda etapa e 10 minutos a terceira. Nas múltíparas a primeira etapa pode ocorrer em 7 horas, a segunda etapa em 30 minutos e a terceira em 10 minutos (CARVALHO, 2007).

A duração do trabalho de parto normal depende muito da eficácia das contrações uterinas e da alocação do feto. A pelve óssea deve vencer a resistência dos tecidos moles e deve haver sua distensão para que ocorra a passagem fetal (CARVALHO, 2007).

1.5.2 Parto cesáreo

A cesariana é um procedimento cirúrgico no qual o feto é retirado através de uma incisão nas paredes abdominal e uterina. Essa cirurgia já foi muito condenada e levava a mãe à morte, já que as paredes uterina e abdominal não eram suturadas. Com os avanços científicos, o parto cesário se tornou mais seguro. Importante salientar,

contudo, que mesmo nos dias atuais esse tipo de parto apresenta taxas de mortalidade materna e fetal maiores que as de partos normais (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

A indicação para ocorrência de parto cesariana é realizada por médico obstetra e em geral advém de risco de distocias, que podem ser de ordem materna e/ou fetal. Quando um parto normal é inseguro à mãe e ao feto, é imprescindível a indicação do parto cesáreo. Esse tipo de parto pode ser eletivo, ou seja, marcado com antecedência pelo médico e com a gestante ciente, ou então de emergência, que ocorre quando há necessidade iminente por haver distocia (CARVALHO, 2007).

1.6 O PUERPÉRIO

Segundo Resende (2013), o período do puerpério pode ser dúbio e variável, porque o organismo materno sofre diversas modificações que devem envolver, em um período variável de tempo, até desaparecerem completamente. O autor cita que as transformações da gestação são variáveis e diretamente ligadas ao tempo de prenhez.

Quanto à questão biológica, o puerpério pode ser analisado da seguinte forma:

a. a crise genital e b. a recuperação genital.

Na crise genital tem papel preponderante a involução da musculatura uterina e da mucosa da vagina; na recuperação, os processos regenerativos das mucosas, uterina e vaginal.

Seguimos Vokaer, admitindo como tempo de duração normal do puerpério o período de 6 a 8 semanas que se sucede ao parto, dividido nos seguintes estádios:

1. Pós-parto imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição).
2. Pós-parto tardio (do 10º ao 45º dia).
3. Pós-parto remoto (além do 45º dia).(RESENDE, 2002, p.88).

Assim como na gestação, o período puerperal é marcado por grandes transformações fisiológicas e bioquímicas que tendem a retornar a sua normalidade à medida que o tempo passa. O autor supracitado corrobora que esse período de retorno pode ser menor em mulheres que não amamentam.

Outras autoras corroboram as alterações emocionais que ocorrem à mulher nesse período, as fragilidades psíquicas. É necessário, portanto, dar maior atenção à puérpera e às alterações por ela sofridas, fornecendo suporte e assistência qualificada. Podem ocorrer intercorrências que afetam diretamente o psicológico, tais como: perda fetal, diabetes, hipertensão e outras doenças que podem culminar em uma recuperação comprometida. Outras questões como prematuridade, internação do bebê e

malformações também podem abalar o estado emocional e requerer acompanhamento psicológico (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

1.7 A MATERNIDADE AMBIENTE ARQUITETÔNICO E DE CUIDADOS EM SAÚDE

Estabelecimentos de saúde são complexos e caros. Abrigam extensas funções, as quais dependem de condições acústicas, hidrotérmicas, assépticas, e um número extenso de sistemas de instalações e equipamentos (BRASIL, 1995, p.8).

Na década de 50 foi introduzido no Brasil os Princípios Básicos de Padronização Hospitalar como recurso de grande importância que visava manter um controle de qualidade básico das instituições de saúde (TREVIZAN, 1988) e apenas em 21 de fevereiro de 2002 que a diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou uma resolução para padronizar as construções e/ou reformas realizadas em Unidades de Saúde, a Resolução das Diretrizes Colegiadas (RDC n° 50) (LIMA; LOPES; GONÇALVES, 2010, p.489).

Segundo a referida RDC, deve-se considerar qual tipo de ambiente será construído e consultar as tabelas que indicam dimensionamentos e espaços obrigatórios de acordo com as atividades desenvolvidas (BRASIL, 2002).

Um estabelecimento de saúde pode ser comparado a uma cidade, pois agrupa uma série de departamentos que podem ter atividades interligadas, mas devem funcionar de forma independente; por esse motivo necessitam de instalações diferenciadas. O dinamismo das unidades hospitalares requer adaptações constantes e deve buscar atender à demanda e perfil dos usuários e sistemas organizacionais (BRASIL, 1995).

Conforme a RDC n° 50, para atendimento imediato são necessários os seguintes ambientes: área externa para desembarque de ambulâncias, sala de triagem médica e/ou de enfermagem, sala do serviço social, sala de higienização, sala para realizar medicação, sala de observação, posto de enfermagem e posto de serviços, sendo um de cada citado para 12 leitos de internação. Um estabelecimento de saúde demanda, ainda, outras áreas de apoio: área para notificação médica de pacientes, área de recepção a pacientes, sanitários para pacientes, sala de utilidades, sala de espera para pacientes e acompanhantes, depósito de material de limpeza, área para guardar macas e cadeiras de rodas, sala administrativa e copa (BRASIL, 2002).

As unidades de internação, segundo a RDC nº 50 (BRASIL, 2002), devem conter os seguintes ambientes: internação geral, posto de enfermagem para cada 30 leitos, uma (01) sala de serviço para cada posto de enfermagem, sala de exames e curativos, área de prescrição médica, uma (01) área de cuidados e higienização do lactente para cada 12 berços e um (01) quarto de isolamento com antecâmara. Os ambientes de apoio para a unidade de internação devem ser compostos de: sala de utilidades, banheiro anexo à sala de estar para acompanhantes, área para guardar macas e cadeiras de rodas, sanitários para público (masculino e feminino), sala administrativa, rouparia, sanitários para funcionários, sala de estar para pacientes, acompanhantes e visitantes, depósito de material de limpeza, depósito de equipamentos e materiais, banheiro para pacientes, exceto lactentes (cada quarto ou enfermaria deve ter acesso direto a um banheiro e no caso de enfermaria este pode servir a no máximo duas (02), sala para coleta de leite humano (somente para enfermarias) e copa de distribuição.

Na funcionalidade de apoio ao diagnóstico e à terapia está incluso o centro obstétrico. Se localizado em hospital geral, pode estar na mesma unidade que o centro cirúrgico. As recomendações para esse ambiente físico são: unidade para partos cirúrgicos e normais; área de recepção da parturiente; sala de exame, admissão e higienização da parturiente; sala de pré-parto com um (01) leito de pré-parto para cada 10 leitos obstétricos; dispensa de pré-parto quando o quarto de internação for individual; posto de enfermagem para cada 30 leitos; sala de guarda e preparo de anestésicos; área de indução anestésica; área de escovação cirúrgica, para cada duas salas, duas torneiras e uma torneira para cada nova sala cirúrgica; uma sala de parto normal para cada 20 leitos obstétricos, uma sala de parto cirúrgico / curetagem para cada 3 salas de parto normal; área para assistência ao recém-nascido (RN) dentro da sala de parto; sala para assistência de RN; área de prescrição médica; posto de enfermagem; e área de recuperação anestésica que disponha de número de macas igual ao número de salas (BRASIL, 2002).

As áreas de apoio incluem: sala de utilidades, sala de espera para acompanhantes (anexa à unidade), banheiros com vestiários para funcionários, área de barreira, sala de preparo de equipamentos / material, sala administrativa, copa, depósito de equipamentos e materiais, sala de estar para funcionários, rouparia, área para guardar macas e cadeiras de rodas, depósito de material de limpeza, sanitários para acompanhantes (sala de espera), banheiros (na sala de pré-parto e higiene, com 1 lavatório, 1 vaso sanitário e 1 chuveiro a cada 4 leitos), área de guarda de pertences, sala de distribuição de

hemocomponentes (*in loco* ou não), sala de estar (para parturientes do pré-parto) (BRASIL, 2002).

Faz-se necessário verificar, ainda, as necessidades socioepidemiológicas do local em que está inserida a unidade para atender à demanda, bem como os ambientes de apoio técnico (lactário, cozinha, refeitório para funcionários e central de material e esterilização), apoio logístico (recepção, processamento de roupa, limpeza e zeladoria) e apoio administrativo (administração, RH, arquivo morto, etc) (BRASIL, 2002).

A enfermagem perinatal é praticada tanto em maternidades, centros obstétricos de hospitais gerais e em casas de parto (ambientes institucionais de nível secundário), quanto nas Unidades Básicas de Saúde - UBS (ambientes ambulatoriais de nível primário) cujas equipes compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As enfermeiras que fornecem cuidados primários atuam nos ambientes ambulatoriais, nos quais deve ocorrer a prevenção e a promoção da saúde. Algumas dessas atividades são: avaliação de saúde, educação em saúde, orientações preventivas e acompanhamento do pré-natal, puerpério e da saúde do neonato (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Das enfermeiras que atuam nas maternidades, centros obstétricos de hospitais gerais e casas de parto, considerados ambientes institucionais, portanto com maior nível de complexidade, são exigidas habilidades que incluem maior uso de tecnologia e maior nível de especialização e atuação (OSAVA, 2004).

Nesse contexto e em fase de implantação em muitas cidades brasileiras, em maternidades e casas de parto, está a Rede Cegonha, modelo assistencial que objetiva principalmente garantir uma atenção de qualidade à mulher e a criança (BRASIL, 2014). Esse modelo será melhor explanado no próximo tópico.

Medeiros (2011) faz referência a estabelecimentos assistenciais de saúde destinados ao cuidado exclusivo ao parto (e nascimento) que apresentaram bons resultados quanto ao atendimento de forma humanizada realizado por enfermeiras obstetras, na percepção das parturientes. Nesses estabelecimentos também houve queda no número de partos cesáreos e consequente diminuição na mortalidade infantil.

Anteriormente, estudos de Osava (2004) já revelavam que as parturientes compreendem que o atendimento com acolhimento e diálogo as deixa mais tranquilas e satisfeitas.

1.8 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/ REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE E MATRICIAMENTO

Os conteúdos e diretrizes que norteiam as ações do SUS surgiram na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, promovida pela OMS em Alma-Ata, em 1978. Conforme aponta Mendes: “extensão de cobertura com base na atenção primária à saúde, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, e participação comunitária” (MENDES, 2004).

A conferência de Alma-Ata apontou que é necessária a integração com os diversos setores sociais e econômicos e que a saúde é a mais importante meta social mundial a ser atingida (VENTURA, 2003).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986 e aprofundou e legitimou os princípios e diretrizes do SUS: “são os princípios e diretrizes do Direito de Todos e Dever do Estado, da Relevância Pública, da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação da Comunidade” (SANTOS, 2013, p.273).

A Constituição Federal de 1988 também traz os princípios do SUS. Dessa forma, trata-se de mais um documento complementar, conforme expõem Souza e Costa (2010, p. 511):

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Essa definição conceitual adquire sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II, artigo 198 da mesma Constituição, é relatado que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Assim, estava criado o Sistema Único de Saúde.

Com a validação das leis nº 8080 e nº 8142 de 1990, o SUS tornou-se uma obrigação legal, desde então, há mais de 25 anos, tornou-se forte ferramenta a favor dos direitos humanos básicos universais e de qualidade e prima pela busca de uma sociedade justa e solidária com liberdade democrática (SANTOS, 2013).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde –, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim

como as funções da União, dos Estados e dos Municípios. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Tais leis consolidam o papel do município como o principal executor das ações de saúde, caracterizando ampliação do processo de descentralização que já havia sido exposto desde a 8ª Conferência de Saúde e que significava um avanço e contraposição ao modelo ditatorial vigente naquele momento (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b apud SOUZA; COSTA 2010, p. 515).

Há algum tempo percebeu-se o (in)sucesso do SUS, principalmente pela dicotomia entre o que se tem e o que é para ser realizado. Na busca de ampliar conceitos e melhorar as condições de saúde da população, optou-se por implantar as políticas públicas complementares (MENDES, 2004).

A complexidade do SUS, as dificuldades loco regionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do Sistema Único de Saúde (SANTOS, 2013, p. 276).

O Pacto pela Saúde, a Regionalização Solidária e Cooperativa e a Política Nacional de Humanização são ações que visam romper as barreiras do SUS. Tais ações foram criadas no intuito de incitar gestores e todas as esferas do governo a trabalhar por mudanças positivas:

Com relação à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, esta vem sendo entendida como um caminho favorável à superação de desafios na saúde, através da ampliação do acesso com qualidade aos serviços e bens de saúde, da corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gestão e atenção, do apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (BRASIL, 2008, p.36).

Outra vertente que fortaleceu o SUS é a que compõe as Redes de Atenção em Saúde.

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2002b apud MENDES, 2011, p. 47).

Figura 1 Características das Redes de Atenção à Saúde - RAS



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Mendes (2011, p.82) colabora com mais uma definição:

[...] as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

A política Humaniza SUS (2004), (2014) propõe o conceito de clínica ampliada e o termo equipe de referência, articuladas pelo Ministério da Saúde. As diretrizes da política expõem que, no que se refere ao atendimento à gestante, a atenção básica é a porta de entrada para a articulação com a unidade obstétrica de referência, de maneira a viabilizar o acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, a Rede Cegonha (BRASIL, 2004,2014), como Rede de Atenção à Saúde, e a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, preconizam o Apoio Matricial como dispositivo de intervenção na Atenção Básica. “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011, p. 13).

Pode ser compreendido como o apoio realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, com interdisciplinaridade, buscando melhor atuação e qualificação nas ações de saúde (BRASIL, 2011). É enfatizado o princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados, bem como o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde, além de estimular a integração da rede.

No campo da saúde, a palavra matricial indica a possibilidade de “sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde”. Por sua vez, o termo apoio indica uma relação horizontal, sem autoridade, baseada em procedimentos dialógicos. Os mesmos autores destacam que o apoio matricial pode ser desenvolvido através da troca de conhecimentos, do fornecimento de orientações, de intervenções conjuntas e de intervenções complementares realizadas pelo apoiador, mas sempre com a equipe de referência com a responsabilidade pelo caso, ainda que apoio especializado se faça necessário em diferentes momentos. (CAMPOS; DOMITTI apud PENIDO et al., 2010, apud PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014, p.622).

Conforme Fleury e Ouverney (2007), o nascimento das redes como novo modelo de gestão pública é um revide às estruturas do Estado e suas relações com a sociedade, porque rompe com o conceito tradicional do Estado como único que poderia planejar e conduzir as ações públicas e ter representatividade. Em concordância, Mendes (2007, p.32) afirma:

Superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público.

As redes estão cada dia mais presentes e são responsáveis por grandes avanços e mudanças, ao buscarem superar a fragmentação dos sistemas e atender a demanda, uma vez que os atores governamentais não alcançam nem possuem entendimento das realidades locais e regionais.

A superação da fragmentação dos sistemas de saúde tem sido buscada em vários países do mundo. Com este fim em 2009, a OPAS/OMS propõe um modelo de organização para os sistemas de saúde, por meio de Redes de Atenção a Saúde - RASs, entendendo que elas possibilitam um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; espaços de integração de vários serviços; atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho Inter setorial (GIOVANNI, 2013, p.23).

1.9 A REDE CEGONHA E O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA

A Rede Cegonha é um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência obstétrica. Essa rede é ligada à atenção básica. Espera-se que, a partir do matriciamento/vinculação, seja garantido à gestante o acesso igualitário e com qualidade e assim ocorra impacto positivo nos indicadores de mortalidade e morbidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha (RC) é uma iniciativa do Ministério da Saúde/MS lançada pelo Governo Federal em 2011 com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. A RC incentiva a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida. Vem mobilizando gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços, especialmente as mulheres e crianças como beneficiários diretos. Em sua operacionalização, tem-se investido um conjunto de recursos e estratégias de parcerias para um trabalho interfederativo. O foco estratégico da RC está na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal (BRASIL, 2014, p. 6).

A implantação da Rede Cegonha incita um modelo de atenção ao parto e nascimento que tem como base as demais políticas públicas voltadas para atenção à mulher e à criança, tais como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) e a Política Nacional de Humanização (PNH), primam pela melhoria no atendimento a este binômio e possuem diretrizes específicas para direcionar as ações dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2005).

As políticas públicas que atendem a saúde da mulher e versam sobre humanização e a assistência à criança, com base nos preceitos do SUS, estão em construção desde os anos 80. Sob a apresentação e consolidação de leis, decretos e portarias que regulamentam o SUS e com base nas ações e experimentações de médicos e enfermeiros obstetras e neonatais, obstetras, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, entre outros, a Rede Cegonha foi se construindo e se moldando, até se apresentar pelo Ministério da Saúde (MS) em 2014 no formato de manual (BRASIL, 2014).

As diretrizes da Rede Cegonha são ferramentas essenciais para que todos os envolvidos possam efetivamente realizar ações que colaborem com a instauração e manutenção dessa política de atendimento. O manual as descreve as condutas profissionais que vão nortear as ações:

Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência; Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto; Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo; Gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores (BRASIL 2011, p. 14).

Os objetivos das Redes de Atenção estão alinhados aos da Rede Cegonha e versam sobre:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 3º, 2011).

Assim, a importância da Rede Cegonha (RC) está vinculada à qualidade da assistência em saúde pública no pré-natal, parto e puerpério, ao buscar atendimento de excelência às gestantes e a seus neonatos, bem como reduzir a mortalidade de ambos. A Rede visa também atuar de forma que ocorra a diminuição do número de partos cesáreos e dos problemas relacionados à qualidade da assistência e à fragmentação das ações (BRASIL, 2011).

Olhando a especificidade conceitual da Rede Cegonha, temos uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 1º, 2011 apud GIOVANNI, 2013).

Segundo Giovanni (2013, p. 34), “a população de referência da RC são mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, cerca de 61 milhões de brasileiras, e criança até dois anos de idade. O que representa uma média de 2,9 milhões/ano de gestantes e de crianças assistidas”.

A Rede Cegonha traz novos conceitos e está imbuída de boas práticas no pré-natal, parto e nascimento e de promoção da saúde materna e infantil. Propõe uma nova lógica de cuidado e enfatiza que o parto é um evento fisiológico e social; busca estimular a autonomia da mulher e centra o cuidado na família da gestante. Para que se garanta esse acesso, o processo deve ser iniciado no pré-natal com o mínimo de seis consultas, exames clínicos e laboratoriais e vinculação da gestante, com antecedência, à unidade de referência onde dará à luz. Dessa maneira ocorre a incorporação das boas

práticas na atenção ao parto e nascimento humanização e redução da violência obstétrica.

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria n° 4.729/2010).

É importante respeitar e levar em consideração a escolha/decisão da mulher sobre como se dará os cuidados de saúde ofertados a ela, “o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida” (BRASIL, 2014, p.7).

O acolhimento e a classificação de risco se iniciam na atenção básica e seguem para os hospitais e maternidades onde se percebem peculiaridades do processo gravídico. O acolhimento da mulher e do acompanhante é essencial para a construção de um elo entre a gestante e o ambiente em que ela será inserida, com minimização de suas ansiedades e construção de um papel de confiança com os profissionais.

A forma como esse acolhimento é realizado é baseada em um protocolo, fundamentado cientificamente, que levará o profissional a ter um julgamento clínico qualificado e a tomar condutas assertivas (BRASIL, 2014).

O manual informa sobre a classificação de riscos em obstetrícia com um fluxograma específico para mulheres grávidas que contém os papéis profissionais de todos envolvidos na assistência à parturiente (desde a sua chegada até sua alta); informa também a questão da ambiência e o quanto ela é importante nos espaços que vão receber essas mulheres, inclusive os mobiliários necessários para as práticas de parto humanizado.

Os protocolos são construídos com base em evidências e em conjunto com a sociedade civil, entidade de classes profissionais e academia que os validam, recomendando sua adoção pelos profissionais de saúde do SUS. Entre os protocolos da RC destacam-se: Protocolo para Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência, protocolo para utilização de Misoprostol em obstetrícia A RC orienta também a linha de cuidados da gestante e recém-nascido, com ações e fluxo da gestante no território, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos (BRASIL, 2014, p. 51).

Na figura a seguir, pode ser observada a Linha de Cuidado à gestante e ao recém-nascido:

Figura 2: Linha de Cuidado à gestante e ao RN.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Para que as ações de mudança na lógica do cuidado sejam modificadas e os profissionais envolvidos possam estar mais sensíveis à implantação da Rede Cegonha, e consequentemente à desospitalização e desmedicalização do parto, o MS tem realizado um investimento significativo em educação permanente por meio de:

Educação, Capacitação e Gestão do Trabalho em Parceria com o Ministério da Educação para promoção da formação e a fixação de profissionais; Aumento da oferta de residências e especialização nas áreas da saúde da mulher e da criança; Capacitação em boas práticas de atenção ao parto e nascimento; Cadastramento das parteiras tradicionais e vinculação com as Unidades Básicas de Saúde; Ampliação da formação de enfermeiras obstetras, Fortalecimento dos Comitês de Mortalidade e Núcleos Hospitalares de Vigilância: fortalecimento da vigilância do óbito materno, infantil e fetal, e Produção de materiais educativos e institucionais (GIOVANNI, 2013, p. 74).

No que diz respeito à ambiência das unidades que implantaram a Rede Cegonha, é necessário enfatizar que devem ser realizadas reformas para que os espaços físicos se

tornem qualificados para fortalecer e facilitar as relações de trabalho. Isso inclui a compra de mobiliário e equipamentos que induzem as boas práticas e a humanização do parto e nascimento. Nesse propósito, é preciso:

Prever espaços que favoreçam o acolhimento da gestante e sua rede social; Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera quanto para o interior do hospital, facilitando o atendimento e a monitoração das usuárias; Criar ambiente confortável na Sala de Espera para a mulher e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para as usuárias e acompanhantes; Criar ambiente confortável e acolhedor para permanência da parturiente em local destinado à observação e à avaliação do trabalho de parto, quando necessário; Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento da mulher/acompanhante no momento da sua recepção; Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs); Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente; Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação; Prever sistema de telefonia pública de modo a atender às necessidades dos usuários; Atender a NBR 9050 para acessibilidade (BRASIL, 2014, p. 18).

Desse modo, é possível fazer um atendimento diferenciado, primando pela qualidade dos serviços de saúde.

1.9.1 O acolhimento realizado pelo enfermeiro na Rede Cegonha

Acolhimento, segundo o Programa Nacional Humaniza SUS, é definido na área da saúde como “[...] uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável”, no que diz respeito ao espaço e ao atendimento. ...“uma triagem administrativa e repasse e encaminhamentos para serviços especializados que afirma na maior parte das vezes uma prática de exclusão social, na medida que escolhe quem vai ser atendido” (BRASIL, 2004 p. 6-7). Deste modo evidencia-se que tal definição apresenta como pilar uma visão tradicional, apresentando o problema, não enfocando a pessoa, e sim a doença.

Portanto, é importante que o profissional se desvincule dessa ideia e compreenda que o acolhimento deve ser realizado com uma postura ética e acolhedora com envolvimento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções. Desse modo, deve ser uma ação a ser aplicada em todos os espaços de saúde (BRASIL, 2004).

A Portaria que regulamenta as Redes de Atenção, propõe nova e adequada conceituação de acolhimento (BRASIL, 2010); compreende acolhimento como uma aproximação da parturiente e que não se restringe ao receber, mas abrange uma

sequência de atos/ métodos a serem realizados e que fazem parte dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção.

A prática de acolhimento garante atendimento qualificado, resolutividade, estabelecimento de vínculo, promoção à saúde e alianças entre os funcionários e as parturientes que utilizam os serviços (MINAS GERAIS, 2011).

Para que seja efetiva a implantação do acolhimento com classificação de risco em maternidades, é importante situar o enfermeiro nesse processo, pois ele possui papel fundamental na sua realização. Assim, figura-se importante a percepção que a gestante terá desse profissional, bem como do ambiente que a acolhe. Isso implica mudanças no perfil do profissional enfermeiro. O Manual do Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2014, p. 11) preconiza:

Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança; Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos; Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetriz em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada; Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência; Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento

Sobre as atividades do enfermeiro na Rede Cegonha e sobre o acolhimento, o manual expõe que são atribuições desse profissional:

Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada; Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante; Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável; Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado; Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso; Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher; Registrar classificação no mapa do A&CR; Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento; Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios; Reclassificar as usuárias quando necessário; Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária; Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário; Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma; Registrar em livro próprio as ocorrências do setor (BRASIL, 2014, p. 16).

Além do que preconiza o manual da Rede Cegonha, a atuação do enfermeiro é regida pela Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional, e respaldada pelos

órgãos de classe - Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e suas resoluções (COFEN, 2009).

A Resolução COFEN – 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerando a sua aplicabilidade em todos os ambientes de saúde, e discorre sobre suas etapas sendo ato privativo do enfermeiro e que contribuem e direciona as atividades de cuidados práticos prestados pelos técnicos de enfermagem (COFEN, 2009).

Associação Norte – Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), com o intuito de universalizar a sistematização da assistência de enfermagem, conceitua a SAE. Assim o descreve (NANDA 2010, p.17):

[...] um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a seleção das intervenções de enfermagem, visando ao alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

É importante salientar que a implantação e a realização da SAE são obrigatórias segundo informa a resolução do COFEN, e a prática profissional é fundamental no processo de acolhimento.

Segundo o COFEN, é responsabilidade do enfermeiro obstetra, pela Resolução nº 223 de 1999:

a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber; d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98; e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta (COFEN 2010).

O protocolo da Rede Cegonha descreve as atribuições, competências e responsabilidades do enfermeiro, entre elas o acolhimento e a implementação da SAE em todas as etapas do parto e puerpério, bem como a atuação junto à equipe multiprofissional primando por uma assistência humanizada (MINAS GERAIS, 2011).

CAPÍTULO II

Atualmente, “profissionais da saúde reconhecem de forma crescente a importância dos métodos qualitativos para compreenderem melhor a vida dos seus pacientes, bem como os significados dos fenômenos atribuídos por eles” (TURATO, 2005, p. 508-9). A escolha do método qualitativo fundamentado em dados se deu em virtude da intenção da pesquisadora de “dar voz” às usuárias do serviço obstétrico envolvidas neste estudo e disponibilizar essa vivência ao meio acadêmico.

2 MÉTODO QUALITATIVO

O rigor empregado no método qualitativo se verifica pela compreensão das dimensões pessoais dos fenômenos estudados (MARTINS; BICUDO, 2005). Para Turato (2005, p. 508-509):

O emprego do método qualitativo de pesquisa na área da saúde, busca não apenas estudar o fenômeno em si, mas compreender o seu significado individual ou coletivo na vida das pessoas, ou seja, é indispensável saber o que os fenômenos estudados representam para as pessoas pertencentes ao estudo.

O presente estudo é de caráter interpretativo e de abordagem qualitativa, visto que permite analisar a vivência subjetiva de acontecimentos do cotidiano. Os métodos qualitativos têm oferecido uma contribuição significativa à pesquisa em saúde, principalmente quando esta busca responder a questões que não podem ser quantificadas, como os significados, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes que envolvem os fenômenos (GIL, 2010).

2.1 A GROUNDED THEORY – TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS/ TFD

Apresentada em 1967 pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, a *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi escolhida como referencial teórico e metodológico, entre os principais referenciais disponíveis para a realização deste estudo qualitativo. Por meio dela foi possível instituir um modelo conceitual da percepção, sentimentos e vivências da parturiente acerca do acolhimento nos momentos que antecedem o parto.

A GT possui raízes no Interacionismo Simbólico e busca a compreensão da realidade a partir da percepção ou significado de algo para a pessoa (DANTAS et al.,

2009). Ela foi desenvolvida para investigar como um grupo de pessoas vivencia uma determinada realidade e como essas pessoas lidam com os desafios que nela surgem (CHARMAZ, 2009). Por esse motivo foi escolhida como método para o alcance dos objetivos desta pesquisa.

Strauss e Corbin (2008) afirmam que desenvolver pesquisa qualitativa significa produzir resultados não provenientes de procedimentos estatísticos. Os autores se referem aos estudos sobre experiências de vida, comportamentos e emoções, além dos que enfocam funcionamento organizacional, movimentos sociais e fenômenos culturais. Pope e May (2009, p. 11-14) acrescentam que a pesquisa qualitativa, “uma vez que possui relação íntima com o significado que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem este mundo, é também referida como pesquisa interpretativa”.

Quatro princípios guiaram o trabalho da pesquisadora: a imersão na realidade estudada, a vantagem epistêmica, a comparação contínua e o agnosticismo teórico. A imersão da pesquisadora – conceito descrito por Blumer em 1969 (CHARMAZ, 2004), surgiu da própria vivência e observação do cotidiano da unidade obstétrica em estudo, que a habilitaram a compreender a perspectiva das participantes.

Por desejar compreender a realidade do acolhimento na perspectiva das parturientes, a pesquisadora optou por não buscar respostas em conceitos prontos, técnicos e políticos relacionados. Essa escolha metodológica se fundamenta no princípio da vantagem epistêmica da pessoa que vive os processos estudados. A vantagem epistêmica significa, neste caso, que a parturiente está melhor situada para entender os processos que vive, quando comparada aos pesquisadores, gestores e políticos que estudam e gerenciam essa realidade a partir de um ponto de vista exterior a esse contexto. Presume-se que quem melhor compreende um processo é quem passa por ele (BLUMER, 1969).

Strauss e Corbin apud Nico (2007, p.792) contribuíram para o desenvolvimento da *Grounded Theory* nos aspectos citados abaixo:

Necessidade de ir ao campo para descobrir o que está ocorrendo; Relevância da teoria, baseada nos dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como a base da ação social; Complexidade e variabilidade do fenômeno e da ação humana; Crença que as pessoas são atores, possuindo um papel ativo em resposta às situações problemáticas; Compreensão que as pessoas atuam na base do significado; Compreensão de que o significado é: definido e redefinido por meio da interação; Sensibilidade para o envolvimento e

desdobramento com a natureza dos eventos (processo); Consciência da inter-relação entre condições (estrutura), ação (processo) e consequências.

Esses caminhos investigativos visam verificar modelos fundamentais conhecidos como processos sociopsicológicos, que descrevem variações na interação com o fenômeno ou problema.

Charmaz (2009) afirma que os métodos são meras ferramentas, em que algumas se apresentam mais úteis que outras. Trata-se de tentar extrair dos dados o que é relevante para poder responder às questões da pesquisa e produzir, a partir da perspectiva das participantes e da compreensão da pesquisadora, novas leituras dos dados que podem contribuir para o desenvolvimento da teoria e a solução de problemas sociais. A Teoria Fundamentada nos Dados pode fornecer diretrizes flexíveis que permitem ao pesquisador direcionar o seu estudo e, ao mesmo tempo, deixar a sua imaginação fluir.

No presente estudo estabeleceu-se um processo que partiu da realidade das entrevistadas, o qual foi geradora do modelo teórico. A pesquisadora se esforçou em aguçar sua sensibilidade teórica para realizar os agrupamentos necessários de códigos a partir das falas. A partir das análises das entrevistas no contexto e em virtude dos conteúdos analisados por qualidade das falas (códigos), criaram-se conceitos. Estes foram organizados em categorias emergentes, as quais foram reavaliadas com o orientador, que atuou como juiz analítico.

Os códigos foram agrupados, não por conceitos preexistentes, mas por semelhanças, diferenças e implicações mútuas, as quais fizeram emergir as categorias. Assim, a partir de um processo de comparação contínua entre os depoimentos, os códigos e as categorias em processo de construção, emergiram os eixos temáticos. Esses eixos caracterizaram, a partir de situações vivenciadas pelas parturientes, um modelo teórico que pretende apresentar dimensões importantes do acolhimento no serviço de obstetrícia.

Durante o trabalho de comparação contínua, surgiram novos agrupamentos de códigos que se traduziram em nove categorias que serviram de base para o modelo teórico. Com o uso desse modelo foi plausível responder à pergunta de pesquisa de forma sistematizada e tornaram-se possíveis novas discussões sobre o processo de acolhimento.

O agnosticismo teórico significa manter-se imparcial em face dos argumentos científicos, dos modelos teóricos utilizados pelos protagonistas e das controvérsias na

área. O pesquisador (a) evita censurar ou filtrar os depoimentos dos participantes entrevistados quando estes relatam sobre sua vivência ou quando analisam o que os rodeia. Durante a análise dos dados, de igual modo, recusa-se a aderir precocemente a uma específica escola de pensamento ou a significados estabelecidos numa teoria existente e espera que as categorias relevantes surjam dos dados. Somente depois irá compará-los com conceitos já estabelecidos (HENWOOD; PIDGEON, 2010).

A estratégia metodológica desenvolve uma teoria a partir de dados analisados sistemática e comparativamente (CHARMAZ, 2009). Neste estudo, a teoria foi construída dos conceitos sensibilizadores decorrentes da vivência profissional e dos estudos anteriores da pesquisadora, mas sem permitir que estes “forçassem” os dados, enviesando e enlaçando os depoimentos a teorias estabelecidas. Desta forma, ao analisar e comparar os sentimentos contidos nos depoimentos, a pesquisadora pôde estabelecer novas categorias conceituais que explicaram a situação examinada de forma mais produtiva. Gerou-se então uma teoria por um processo indutivo, em que as categorias analíticas emergem dos dados e são então elaboradas conforme o avanço da leitura dos conteúdos obtidos nas entrevistas (NICO et al., 2007).

Segundo Henwood e Pidgeon (2010), primeiro o modelo fundamentado nos dados deve ser concluído, para posteriormente dialogar com as contribuições das diversas escolas e ser contextualizado no cenário mais amplo da literatura existente e nos debates relevantes.

2.2 EQUIPE E REFLEXIVIDADE

Neste estudo, a equipe reflexiva foi composta pela pesquisadora e o orientador da pesquisa. Neste item será exposto como surgiram os conceitos sensibilizadores.

A pesquisadora é enfermeira e mãe de um casal de filhos. Sua formação inicial foi o Magistério, depois o curso técnico em Enfermagem até chegar à graduação em Enfermagem. Está formada há treze anos, atua na assistência desde então e há seis anos é enfermeira assistencial em uma maternidade da região onde reside. Possui especialização em Metodologia do Ensino Superior e Saúde Mental e atua como docente há dez anos. Atualmente ministra aulas de Ética e Legislação e de Assistência em Saúde Mental no curso Técnico em Enfermagem de uma instituição de ensino técnico federal e atua na coordenação do curso.

O orientador é psicólogo clínico e pai de uma moça. Possui formação em pesquisa qualitativa e experiência com Teoria Fundamentada nos Dados; tem experiência profissional clínica e com trabalho hospitalar, incluindo serviços de obstetrícia na Alemanha. Auxiliou, orientou e atuou como juiz analítico junto à pesquisadora na construção desta pesquisa.

Os conceitos sensibilizadores - propostos primeiro por Blumer em 1969 (CHARMAZ, 2004) - são noções que o pesquisador possui acerca da temática, a partir das quais ele pode enxergar melhor certos aspectos da realidade estudada. Contudo, devem ser mantidos em suspenso para evitar que distorçam a interpretação ou “forcem” os dados. Os conceitos sensibilizadores desta equipe foram: humanização, cuidados integrais, dignidade do paciente, qualidade nos serviços de saúde, contribuição do ambiente físico no serviço de saúde, violência obstétrica, peregrinação obstétrica, qualificação profissional.

2.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se em uma unidade obstétrica do município de Barreiras, região oeste da Bahia, que foi inaugurada na década de 1980 e já passou por diversas reformas para atender a demanda. Todos os serviços oferecidos são públicos, gerenciados pela esfera administrativa municipal. A unidade é referência regional para partos de baixo risco e está em processo de implantação da Rede Cegonha (BARREIRAS, 2013).

Embora a unidade de saúde seja da esfera administrativa municipal, por suas características regionais acaba por atender mulheres de toda a região oeste do estado da Bahia, muitas vezes dos municípios circunvizinhos e também, algumas vezes, de outros estados, como Distrito Federal, Piauí e Tocantins.

A cidade de Barreiras é o principal centro urbano, político, tecnológico e econômico da região oeste da Bahia; possui população estimada em 153.918 mil habitantes e uma área de unidade territorial de 7.859.225 km². O índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,721. O município possui 54 estabelecimentos de saúde e renda mensal *per capita* variando de R\$ 220,00 a R\$ 405,50 (IBGE, 2015).

Barreiras faz divisa com vários municípios, entre eles: São Desidério, Catolândia, Angical, Baianópolis, Cristópolis, Riachão das Neves e Luís Eduardo Magalhães. Desse modo é um importante entroncamento rodoviário entre o Norte, Nordeste e o Centro-Oeste do país (IBGE, 2015).

A equipe multiprofissional da unidade eleita para o estudo envolve vinte (20) enfermeiros, setenta (70) técnicos de enfermagem, dois (02) fisioterapeutas, três (03) assistentes sociais e sete (07) médicos obstetras plantonistas. Envolve ainda dois (02) médicos oftalmologistas e um (01) fonoaudiólogo, profissionais específicos para atendimento/ triagem ao recém-nascido.

Os enfermeiros que atuam na unidade obstétrica possuem especialização em uma ou duas áreas, a saber: quatro (04) em Obstetrícia, dois (02) em Urgência e Emergência, um (01) em Saúde Pública, quatro (04) em Educação, um (01) em Gestão Pública, oito (08) em Programa de Saúde da Família, um (01) em Auditoria, um (01) em Neonatologia, um (01) em Administração dos Serviços de Saúde, um (01) em Enfermagem do Trabalho, um (01) em Saúde Mental e um (01) em Unidade de Terapia Intensiva. Duas (02) profissionais têm mestrado em Ciências Ambientais e Saúde e uma tem mestrado em Epidemiologia.

A unidade obstétrica recebe alunos de duas escolas do curso técnico em Enfermagem e de uma escola particular de graduação em Enfermagem, bem como seus supervisores, e esporadicamente também recebe estudantes do curso de Medicina, que ficam aos cuidados do médico plantonista.

A estrutura física do Hospital cenário do estudo, dispõe de recepção de ambulâncias, banheiros externos, recepção das gestantes, uma sala do Serviço Social, uma sala de triagem onde acontece o atendimento médico e o acolhimento do enfermeiro, duas enfermarias com cinco leitos cada, três enfermarias com seis leitos cada, um posto de enfermagem com banheiro, sala para guardar materiais, área de banho dos RN, sala de vacina, uma sala de coleta de exames laboratoriais, um centro obstétrico e de pré -parto com quatro leitos, duas salas para a ocorrência de parto cesáreo e uma para parto normal e/ou curetagem uterina, central de material e esterilização, além de contar com os setores de apoio.

Os setores de apoio incluem: área de processamento de roupas sujas, rouparia, cozinha, refeitório, área de confortos médicos e de enfermagem, farmácia, área de materiais de limpeza, administração, arquivo morto, área para guardar materiais da fisioterapia e área de conforto do motorista da ambulância.

Quanto às características do local e organização do serviço, a unidade obstétrica atende demanda livre e espontânea. Embora seu referenciamento seja a “gestantes de baixo risco”, todas as que procuram a unidade são atendidas. O serviço é organizado em esquema de plantões para enfermagem, médicos, lavanderia, cozinha, higienização, recepção, motorista e vigilância. Todos atuam em plantões de 12 horas, exceto médicos, motoristas e vigilantes, que atuam em plantões de 24 horas. Os demais componentes da equipe (assistente social, fonoaudióloga, oftalmologista, fisioterapeuta) atuam em horário comercial das 8h às 17h.

Quanto ao número de profissionais da enfermagem por plantão, são três: um atua no acolhimento, um no alojamento conjunto e um no centro obstétrico e de pré-parto. A equipe de técnicos de enfermagem atua em número de três no alojamento conjunto e quatro no centro obstétrico. A equipe médica é composta por dois obstetras, um pediatra e um anestesiológico de sobreaviso.

Embora o enfermeiro seja responsável pelo acolhimento, ou seja, pelo primeiro atendimento à gestante, e a unidade obstétrica esteja em fase de implantação da Rede Cegonha, a conduta de internação é sempre do médico plantonista. São realizadas, em média, dez internações ao dia e trezentos partos por mês.

Optou-se por realizar o estudo nessa instituição devido ao fato de esta ser a única unidade de referência para parto de baixo risco na região oeste da Bahia e pelo grande fluxo de gestantes (em média, vinte e cinco são atendidas diariamente).

2.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes investigadas compreenderam as parturientes que: estiveram internadas na unidade obstétrica deste estudo; foram recebidas na triagem e classificação de risco pelo profissional enfermeiro; tiveram processo de parturição compreendido de outubro de 2014 a junho de 2015 (período de coleta de dados); e desejaram participar da pesquisa primando o que pede a Resolução 466/2012.

2.5 PROCEDIMENTOS

2.5.1 Coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se somente a partir da aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC), sob o CAAE 816.599 (ANEXO E). Anteriormente à coleta, de posse do parecer consubstanciado, a pesquisadora realizou contato com a diretora da unidade para agendamento das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde no consultório do Serviço Social, por se tratar de um espaço adequado e que preserva a intimidade das parturientes. Ele foi cedido para esse uso durante a pesquisa.

As entrevistas ocorreram no mínimo 12 horas após o parto normal e/ou 24 horas após o parto cesariana. Tal conduta se fez necessária para estabelecer um período de resguardo da puérpera no pós-parto imediato. Após as 24 horas que sucedem o parto, espera-se que a puérpera esteja apta a participar da entrevista. Desse modo, a pesquisadora se conduziu a cada leito, se apresentou, prestou esclarecimento sobre a pesquisa e solicitou a participação.

Com a confirmação/consentimento por parte da puérpera, a pesquisadora solicitava que o recém-nascido (RN) ficasse aos cuidados diretos da equipe de plantão durante a entrevista, deixando assim a mãe mais à vontade.

Em seguida, a pesquisadora e puérpera iam para a sala do Serviço Social, onde se dava a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido /TCLE (ANEXO A) para garantir o entendimento e, se fosse o caso, retirar dúvidas. Nos casos em que a puérpera era menor de dezoito anos, era assinado Termo de Assentimento (ANEXO B) pelo responsável por ela. Não ocorreu caso de recusa ou não aceitação à participação no estudo.

A entrevista semiestruturada seguiu um roteiro estabelecido previamente (APÊNDICE A), com as questões definidas, mas que permitiram uma conversa contínua entre a entrevistadora e o seu sujeito, em que a primeira a direciona o diálogo para o atendimento dos seus objetivos (CANZONIERI, 2010).

Definida por Charmaz (2009), o termo entrevista em profundidade permite realizar um exame detalhado das experiências mencionadas pelos indivíduos, o que a confirma como método útil para a investigação interpretativa.

Para a coleta de dados, foi empregado um roteiro semiestruturado contendo questões subjetivas, frequentemente adotado no desenvolvimento de estudos em que se aplica a *Grounded Theory* (NICO et al., 2007). O roteiro desta pesquisa foi elaborado pela pesquisadora e abrangeu questões relacionadas ao perfil socioeconômico e questões

subjetivas (APÊNDICE A). A expectativa é de que os dados possibilitassem relação com pesquisas de mesmo cunho e que as questões subjetivas fossem norteadoras das entrevistadas, garantindo emergir tais vivências.

As entrevistas foram registradas por um gravador de áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Em seguida, foram organizadas, sistematizadas e analisadas, a fim de serem identificadas as categorias.

Deste modo, após o memorando da entrevista, passou-se à segunda etapa, em que se quebram os dados em pequenos pedaços, de forma que cada um represente um incidente ou fato específico, o que justifica a análise realizada linha por linha e parágrafo por parágrafo (NICO et al., 2007).

2.5.2 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: a codificação e a construção das categorias. Charmaz (2009) define como codificação inicial o ato de nomear segmentos de dados com uma expressão que, de forma simultânea, classifica, resume e representa cada unidade de sentido. Cada parte dos dados é como uma peça de um quebra cabeça que posteriormente será montado para analisar o todo. Estes segmentos dos dados se constituíram como eixos temáticos e formaram o esqueleto da análise. A codificação é, portanto, uma etapa fundamental após a coleta de dados. Por meio dela é possível chegar a uma visão interpretativa que esclarece e explica o contexto e as vivências do estudo.

Por meio de codificação, a pesquisadora definiu o que ocorreu nos dados e começou a se debater com o que isso significava. Charmaz (2009) discrimina duas fases na codificação: a fase inicial, que consiste na denominação de cada palavra, linha ou segmento de dado, e a focalizada, que é seletiva e utiliza códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar grandes quantidades de dados. A codificação inicial se traduz em leitura atenta dos dados coletados, que permite ao pesquisador observar e se guiar pelas direções dadas a partir das palavras, linhas, segmentos e incidentes, o que posteriormente permite caracterizar um ponto analítico.

Durante as várias leituras dos códigos analíticos e dos dados por eles qualificados, a pesquisadora enxugou a quantidade de códigos e melhorou sua

formulação. Deu-se, dessa forma, a codificação focalizada. Estes novos códigos, por sua vez, foram agrupados por grau de parentesco e deles emergiram as categorias temáticas.

No momento de orientação foi realizada a reavaliação das categorias emergentes. O orientador serviu como juiz analítico nessa reavaliação e a partir de discussões emergiram novos agrupamentos de códigos que se traduziram em nove categorias que serviram de base para a elaboração do modelo desta pesquisa.

O retorno aos dados se fez necessário a fim de realizar novas coletas e assim estabelecer e melhor definir a categoria central. Como ferramenta analítica importante foi adotada a elaboração de memorandos, isto é, registros gerais escritos pelo pesquisador que atuam como lembrete ou fonte de informação, direcionando o trabalho.

A organização e a fácil localização dos dados permitem ao pesquisador obter êxito na análise. “Estas ferramentas de análise começam a tomar forma na codificação axial, e na codificação seletiva denotam os passos finais da análise” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 41).

2.5.3 Definição das categorias

No processo de organização dos dados, estes foram analisados minuciosamente, a fim de que se estruturassem os códigos encontrados e a partir deles fossem eleitas as categorias do estudo. Constataram-se eixos temáticos que abarcavam as categorias e, a seguir, a codificação focalizada permitiu obter elementos mais significativos e frequentes.

Essa etapa ocorreu concomitantemente à coleta de dados. Ao mesmo tempo, a busca contínua na literatura por conceitos identificados no estudo permitiu relacioná-los entre si e gerar uma teoria. Assim, emergiram as seguintes categorias:

- I. O deslocamento
- II. Complicações do deslocamento
- III. A chegada / Como chegou?
- IV. Fragilidade pelo processo
- V. Sentiu-se bem assistida pelo enfermeiro
- VI. Valorização do serviço
- VII. Sentiu-se negligenciada
- VIII. Aprovação do ambiente / Bem-estar

IX. Desconforto no ambiente

Cada categoria foi agrupada em três eixos (veja Figura 3, p.61). O primeiro eixo, chamado “Ponto de partida”, engloba três dimensões: I. O deslocamento - diz respeito às dificuldades de deslocamento das parturientes e seus impactos, decorrentes do local das quais elas vinham; II. Complicações do deslocamento - abrangem informações sobre possíveis complicações ligadas ao deslocamento até a unidade obstétrica, destacando possíveis riscos; III. A chegada/ como chegou? - versa sobre quem acompanha a parturiente, em qual período do trabalho de parto ela está e possíveis alterações relacionadas à chegada.

O segundo eixo, chamado “A pessoa no seu contexto”, engloba quatro outras dimensões. A primeira destas (categoria IV), Fragilidade pelo processo, evidencia as fragilidades observadas no contexto da pesquisa. As três outras dimensões agrupam o modo como a parturiente vivenciou a assistência: V. Sentiu-se bem assistida pelo enfermeiro - refere-se às ações do enfermeiro que fizeram com que a percepção da parturiente fosse boa; VI. Valorização do serviço - compreende a percepção da parturiente acerca da unidade obstétrica como um todo; VII. Sentiu-se negligenciada - elucida vivências negativas pelas quais a parturiente possa ter passado;

O terceiro eixo, chamado “Ambiente físico”, engloba: VIII. Aprovação do ambiente/Bem-estar - relaciona as vivências referentes à influência positiva do ambiente arquitetônico; e IX. Desconforto no ambiente - traz perspectivas das participantes sobre o ambiente arquitetônico e os possíveis desconfortos.

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Dado que os sujeitos do estudo são seres humanos, obedeceu-se ao previsto na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde do Brasil. O projeto de pesquisa foi submetido à análise e julgamento de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP); neste caso, ao Comitê da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC, que conferiu parecer consubstanciado favorável sob o número 816.599 (ANEXO E).

O presente estudo também foi encaminhado para o consentimento da Coordenação de Enfermagem da unidade obstétrica em que foi realizado e para a coordenação do Centro de Referência de Saúde do município onde é ofertado o serviço de psicologia (ANEXOS C e D).

Após a apreciação e a anuência desses órgãos, iniciou-se a coleta de dados. Para tanto, as participantes foram previamente esclarecidas dos objetivos da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) para o consentimento e assinatura, elaborado conforme as normas da Resolução 466/12, que versam sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Um segundo termo, o de Assentimento, foi elaborado para os casos em que a parturiente era menor de idade (ANEXO B).

A pesquisadora procedeu aos devidos esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa e evidenciou que a participação não exigiria nenhum custo ao participante. Se ocorresse necessidade, as despesas ficariam por conta da entrevistadora. Foi garantido às entrevistadas o sigilo das informações, a voluntariedade na participação e a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, sem penalidade alguma e/ou prejuízo.

Posteriormente à coleta de dados e à transcrição das entrevistas, os dados foram digitalizados e armazenados pela pesquisadora em mídia DVD. O DVD será guardado durante 5 anos e, após esse período, os dados serão incinerados sob presença de uma testemunha que não seja envolvida no estudo.

CAPÍTULO III

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi pautada no objetivo deste estudo - investigar as vivências da parturiente, suas percepções e sentimentos desde a sua chegada à unidade obstétrica até os momentos que antecedem o parto. Buscou-se também elucidar as vivências das parturientes no que diz respeito ao transporte até a unidade - a chegada e a internação - e identificar a percepção sobre o atendimento do(a) enfermeiro(a) nessas circunstâncias e sobre todos ambientes obstétricos em que elas estiveram.

O instrumento utilizado para verificar o perfil socioeconômico foi o questionário e, posteriormente, a entrevista semiestruturada com as questões norteadoras.

Importante destacar que a pesquisa não obteve dados referentes ao momento do parto e às vivências da sala de parto; contudo, enfatiza-se que o parto pode ser igualmente rico de vivências e subsidiar uma dissertação ou tese.

3.1 DADOS COLETADOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO

Por meio do questionário socioeconômico foram obtidos dados pertinentes ao perfil das parturientes submetidas à pesquisa. A pesquisadora pôde observar que grande parte das entrevistadas era oriunda do próprio município. Os resultados obtidos são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Perfil socioeconômico das parturientes

Participantes	Idade	Nº de partos	Procedência	Escolaridade	Profissão	Nº de consultas pré-natal
E1	21	01	Barreiras	Médio incompleto	Aux. Adm.	8
E2	16	01	Barreiras-Zona Rural	Médio incompleto	Estudante	10
E3	27	04	Barreiras-Zona Rural	Fundamental incompleto	Lavadora	6
E4	18	01	Barreiras	Médio completo	Estudante	3
E5	19	02	Formosa Rio Preto	Fundamental incompleto	Lavadora	10
E6	36	03	Barreiras	Fundamental completo	Do lar	7
E7	33	03	Wanderley	Fundamental completo	Lavadora	5
E8	22	03	Barreiras	Fundamental	Do lar	3

				completo		
E9	23	02	Riachão das Neves	Médio incompleto	Estudante	7
E10	31	02	Barreiras – Zona Rural	Médio completo	Lavradora	12
E11	32	01	Cotegipe	Superior completo	Subgerente de loja	6

Fonte: elaboração da pesquisadora (PICÃO, 2015).

Observa-se que a faixa etária das parturientes variou entre 16 e 36 anos de idade. Desse conjunto, três tinham idade entre dezesseis (16) e dezenove (19) anos; quatro entre vinte um (21) e vinte e sete (27) anos e quatro entre trinta e um (31) e trinta e seis (36) anos.

No que diz respeito à paridade, quatro entrevistadas estavam passando pela primeira vez a experiência de parturição. As demais estavam na segunda, terceira ou quarta.

Acerca da procedência, mais da metade das entrevistadas eram moradoras de Barreiras, sendo quatro da sede do município e três da zona rural. As outras (4) provinham de municípios circunvizinhos que não possuem serviço de obstetrícia.

Quanto à escolaridade, apenas uma parturiente tinha nível superior; cinco possuíam o ensino fundamental e cinco o ensino médio.

No item profissão, quatro das entrevistadas relataram realizar atividade rural (no quadro denomina-se lavradora), três se declararam estudantes, duas do lar/ dona de casa e duas exerciam atividade profissional (auxiliar administrativa e gerente de loja).

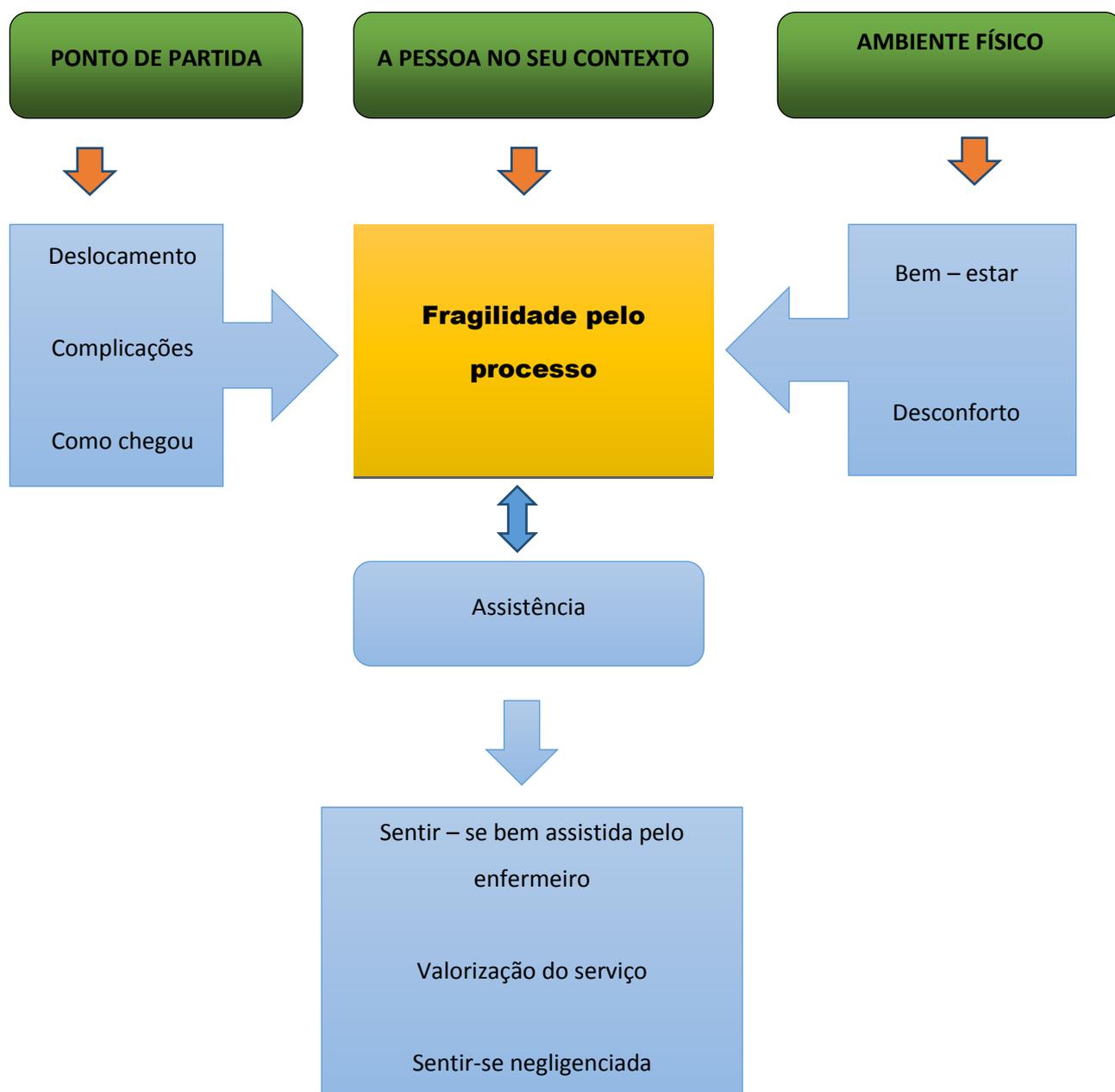
O Ministério da Saúde preconiza seis consultas como número mínimo para assistência pré-natal (BRASIL, 2011). No presente estudo, oito das parturientes apresentaram bom nível de acompanhamento no pré-natal, pois realizaram de seis a doze consultas. Apenas três não conseguiram cumprir com a meta mínima (relataram realização de três consultas durante toda a gestação).

Outro item importante diz respeito a internações durante a gestação, episódios negativos para todas as entrevistadas. Pensou-se neste item para que investigar se a parturiente já havia apresentado experiência com o serviço obstétrico.

3.2 APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Foram utilizados letras e números para identificar as entrevistadas (E1, E2, E3 ...). Os dados obtidos serão discutidos conforme o modelo construído abaixo:

Figura 3 - Visão geral dos três eixos



Fonte: Elaboração da pesquisadora (PICÃO, 2015).

A partir dos três eixos norteadores foi possível elencar as categorias de modo a cumprir com os objetivos da pesquisa. Assim, o eixo “Ponto de partida” inclui a

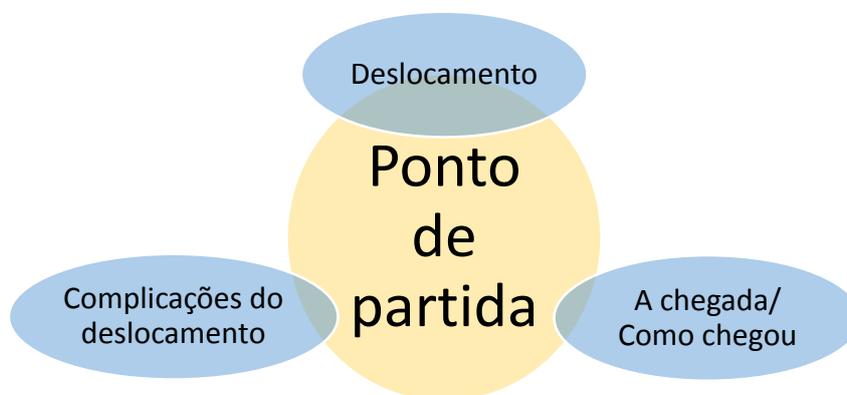
experiência sobre o deslocamento da entrevistada para o serviço de obstetrícia, a circunstância e/ou modo que essa parturiente chegou até a unidade obstétrica, bem como os meios utilizados para tal deslocamento e a percepção sobre o ocorrido. Esse eixo expõe os seguintes códigos: I. O DESLOCAMENTO, II. COMPLICAÇÕES DO DESLOCAMENTO e III. A CHEGADA/COMO CHEGOU. Tais categorias foram extraídas após leitura e releitura atenta das entrevistas e são pontos-chave no acolhimento do enfermeiro. É a partir das vivências da parturiente atendida no escopo desse item que esse profissional definirá o perfil do acolher.

No eixo temático “Pessoa no seu contexto” obteve-se, após leituras incansáveis das entrevistas, a categoria IV. FRAGILIDADE PELO PROCESSO. Seus códigos abarcam as fragilidades que as parturientes perceberam no processo de parturição. Pôde-se verificar o cumprimento do Manual da Rede Cegonha e a necessidade de ajustes, primando pela qualidade dos serviços.

O mesmo eixo temático trata da assistência prestada às parturientes e evidenciaram-se as categorias: V. SENTIR-SE BEM ASSISTIDA PELO ENFERMEIRO, VI. VALORIZAÇÃO DO SERVIÇO e VII. SENTIR-SE NEGLIGENCIADA, as quais elucidaram, por seus códigos, a vivência do processo de parturição e a percepção sobre o atendimento prestado.

No eixo temático que versa sobre o ambiente (“Ambiente físico”), verificaram-se as categorias VIII. BEM-ESTAR (aprovação) e IX. DESCONFORTO. Seus códigos deram voz às parturientes sobre suas percepções em relação ao ambiente que as acolheu.

Figura 4 - Eixo temático Ponto de partida



Fonte: elaboração da pesquisadora (PICÃO, 2015).

3.2.1. I. O deslocamento.

As parturientes descreveram seu deslocamento de forma detalhada. Foi possível verificar quais vieram acompanhadas de familiares ou não, identificar elementos do trabalho de parto e suas dores, bem como anseios e preocupações. Esse momento foi vivenciado como de grande impacto e preocupação de desconforto, devido também as situações por vezes tumultuadas até a chegada na unidade obstétrica.

O deslocamento das parturientes ocorreu em grande parte com elas em franco trabalho de parto. Somente uma das entrevistadas referiu haver uma ambulância disponível: “[...] *eu moro em Wanderley e de lá para cá (Barreiras) eu vim de ambulância. Eu já estava com muita dor, a bolsa já tinha estourado, eu já sabia que ia nascer*” (E7).

As percepções foram expostas naturalmente durante as entrevistas, na referência sobre a chegada. Algumas parturientes encontraram apoio em familiares ou conhecidos e/ou vizinhos prestativos para conduzi-las até a unidade obstétrica. Todas referiram estar em trabalho de parto ativo no momento em que foram amparadas:

“[...] eu vim com meu sogro de carro próprio”(E1);

“[...] quem me trouxe foi a D. Ana. Ela é conhecida, mora perto e a ambulância ia demorar. Aí chamou ela mesmo e ela me trouxe” (E3);

“[...] a vizinha do povoado tem um telefone. Aí ligamos para outro povoado e lá no outro povoado ligaram para o rapaz que tem carro lá” (E7).

Uma parturiente pagou pelo serviço de carro para levá-la à unidade (distante de seu ponto de partida aproximadamente 50 quilômetros). Nesse deslocamento encontrava-se em trabalho de parto ativo: “[...] *leva as pessoas para o hospital, ele cobra R\$ 50,00*” (E7).

Outra parturiente descreveu que necessitou procurar a unidade obstétrica por algumas vezes durante o trabalho de parto e se deslocou algumas vezes de ônibus, pois já não tinha como arcar com a despesa do carro de aluguel. Não é incomum que haja tantos deslocamentos e essa postura em geral ocorre quando a parturiente não está em trabalho de parto ativo e por vezes desconhece os sinais de parto:

“[...] *foi muito cansativo ter que vir da zona rural por várias vezes. Não temos transporte lá para ficar indo e vindo. Algumas vezes vim de carro alugado e outras de ônibus e nunca resolvia nada*” (E2).

Uma entrevistada já estava na residência de parentes moradores de Barreiras há pelo menos quinze dias, à espera do início do trabalho de parto. Essa antecipação se deu em virtude de a parturiente entender que seria mais seguro e fácil o seu deslocamento se

ela estivesse no município onde existe o serviço de obstetrícia: “[...] eu moro na zona rural, mas tem mais de 15 dias que estou aqui na casa da família, porque lá é muito difícil achar transporte fora de hora. Eu já estando aqui é mais fácil” (E10).

Outra entrevistada referiu que só conseguiu chegar a tempo na unidade obstétrica porque pôde contar com uma vizinha prestativa que acionou um carro (carreto) para encaminhá-la até o hospital da sede do município onde reside, no momento do trabalho de parto. Essa parturiente se encontrava em sua residência, situada na zona rural de um município distante de Barreiras mais de 100 quilômetros. A partir desse encaminhamento, arcado pela parturiente e seus familiares, ela foi então encaminhada de ambulância até a unidade obstétrica:

“[...] a vizinha do povoado tem um telefone. Aí ligamos para outro povoado e lá no outro povoado ligaram para o rapaz que tem carro lá [...] leva até Wanderley (sede), de lá de Wanderley eu vim de ambulância para Barreiras” (E7).

Apenas uma entrevistada citou que possuíam carro próprio para o deslocamento, o que, na sua compreensão, facilitou muito o processo de ir e vir: “eu vim de Cotegipe de carro próprio” (E11).

3.2.2. II. Complicações do deslocamento.

Do mesmo eixo temático, Ponto de Partida, emergiram compreensões e perspectivas que imbuíram a necessidade de desmembrar da categoria I (Deslocamento) a categoria II (Complicações do deslocamento).

Todas as parturientes demonstraram em suas falas alteração no tom da voz (voz trêmula, baixa), em consequência da dificuldade de transporte enfrentada. Duas relataram a indisponibilidade da ambulância para conduzi-las até a unidade obstétrica. Relatam a dificuldade de conseguir o transporte em decorrência de morar na zona rural: “[...] falaram que a ambulância ia demorar” (E3); “[...] a ambulância demorou, não queriam sair” (E5).

Ocorreram relatos referentes ao cansaço das vindas e idas até o serviço. As parturientes acreditavam estar em franco trabalho de parto; contudo, ainda estavam no início e por isso, após a avaliação do obstetra, eram liberadas e orientadas a retornar posteriormente: “[...] eu era atendida e diziam que não estava na hora ainda, mandava voltar no outro dia ou só mandavam embora” (E2).

No que diz respeito à indisponibilidade e/ou dificuldade de conseguir a ambulância que deveria transportar a parturiente que está em trabalho de parto ativo,

uma entrevista chamou muita atenção: “[...] a ambulância ia demorar, aí chamou a D. Ana mesmo. Ela veio me trazer aqui, aí eu ganhei dentro do carro mesmo [...] Ele nasceu sozinho em cima do banco. Ela (D.Ana) só fez pegar e enrolar num pano, foi bem na porta da maternidade” (E3).

O parto em trânsito e sem profissional para acompanhamento é considerado, no entendimento de várias literaturas científicas, um precursor para complicações à mãe e ao recém-nascido.

3.2.3. III. A chegada/ como chegou?

Nesta categoria, os relatos nas entrevistas demonstraram a percepção dessas parturientes no momento da chegada à unidade obstétrica:

“[...] eu fiquei muito aliviada quando cheguei. Pensei: ‘graças a Deus cheguei, estou dentro do hospital’”(E7);

“[...] eu estava achando que já estava passando do tempo. Aí, quando o médico me internou, eu fiquei calma”(E10); “[...] no geral eu me senti bem” (E8).

Somente uma das entrevistadas relatou um sentimento de calma relacionado ao atendimento prestado à sua chegada. As demais traduziram esse momento como sentir-se bem e aliviadas por estarem na unidade obstétrica.

Em contraste, quatro das entrevistadas que compartilharam da experiência da chegada de maneira bem diferente:

“[...] eu vim um dia antes. O médico me examinou e disse que iria ser cesárea. Aí já vim toda preparada, com roupa, com horário certo”(E4);

“[...] eu já tinha marcado a cesárea com o médico, foi ótimo, não teve nenhum impedimento” (E6);

“[...] eu vim na quinta e estava lotada a maternidade. Aí o médico disse que eu voltasse para casa e fizesse repouso, porque eu já estava com dores, e então retornasse no sábado, e foi quando internei” (E9);

Elas já haviam consultado anteriormente o médico obstetra e este havia solicitado retorno para a data específica, já com indicação de parto cesáreo. Assim, a chegada foi organizada e tranquila até certo ponto, pois ainda ocorreram alguns contratemplos; contudo, não influenciaram negativamente suas percepções: “[...] o parto cesáreo já estava agendado. Aí eu vim no dia e estava muito cheio. Eu voltei no outro dia e deu tudo certo, fui atendida rápido” (E11).

Três parturientes, por outro lado, vivenciaram esse momento como danoso. Após avaliação do médico obstetra, elas foram liberadas para retornar quando estivessem em trabalho de parto ativo e receberam as devidas orientações. Ficou evidente, contudo, a

insatisfação e até incompreensão e não aceitação da orientação do obstetra de que aquele ainda não era o momento correto para internação (por ser ainda o início do trabalho de parto). Isso evidencia o despreparo e a falta de orientação durante as consultas de pré-natal:

“[...] eu vim na segunda, o médico me avaliou e disse não estar no tempo. Voltei para casa. Na madrugada da terça-feira a bolsa estourou em casa, voltei rápido. O médico me internou, mas eu não tinha muita dilatação e tinha muita dor [...], fiquei 14 horas sentido dor até que resolveram fazer minha cesárea” (E1);

“Eu procurei a maternidade era umas 21h. O médico me examinou e disse que não estava na hora, me passou só Buscopan. Quando foi 4h a dor aumentou muito e eu voltei. Fui atendida e já estava com 8 cm [...] eu fiquei com muito medo de acontecer alguma coisa com o nenê, muito medo mesmo porque eu estava com muita dor, diferente dos outros partos” (E8);

“[...] só me senti calma quando o médico me internou, porque das outras vezes fui embora com medo, pois eu achava que estava passando do tempo de nascer” (E10).

3.2.4. IV. Fragilidade pelo processo.

Figura 5 - Fragilidade pelo processo



Fonte: Elaboração da pesquisadora (PICÃO, 2015).

Neste caminho de investigação foi possível verificar o quanto as parturientes se apresentaram fragilizadas em decorrência do desconhecido, da não ocorrência do esperado e das angústias que comumente as atingem em consequência da parturição.

A categoria IV, Fragilidade no processo, buscou abarcar todos os sentimentos envolvidos. Foi possível verificar que quatro parturientes perceberam esse momento com sentimentos de preocupação e medo do que poderia acontecer:

“[...] eu estava com um pouco de medo. Um pouco não, estava com muito medo” (E1);

“[...] eu senti medo da minha filha morrer porque já tinha passado do tempo dela nascer, já estava com 41 semanas” (E5);

“[...] eu me senti muito ruim, por causa da dor, medo de ter o bebê na estrada, [...] de acontecer alguma coisa com o nenê. A gente tem medo, muitos partos são arriscados, a criança chega até a morrer” (E7);

“[...] no primeiro atendimento eu fiquei com medo quando me mandaram para casa, no segundo fiquei com mais medo ainda, medo de acontecer alguma coisa com o nenê” (E8);

“[...] eu me senti com medo de internar, até falei para minha mãe que não queria vir mais” (E9).

Uma parturiente evidenciou o sentimento de contrariedade de abandonar o parto normal para realizar o parto cesáreo e também citou a demora da decisão médica:

“[...] foi assim muito difícil, é porque a gente achava que ia ser uma coisa e foi outra [...], eu só dilatei 5 cm e estava já quase 14 horas sentido dor para ter parto normal. Não estava tendo resultado com tudo que já tinham feito, eu estava fraca. Aí resolveram fazer cesariana” (E1).

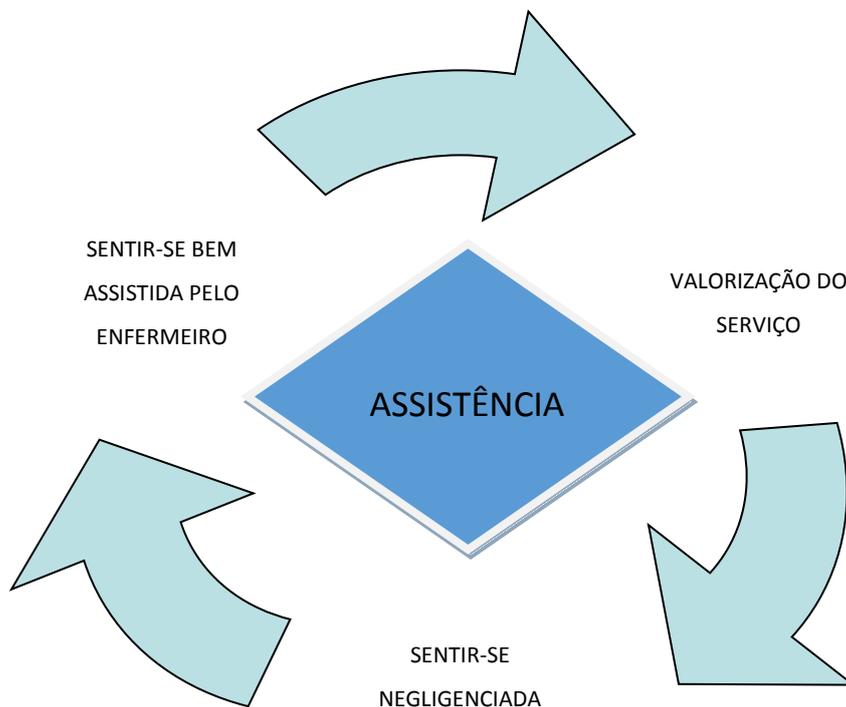
A categoria IV também demonstrou que, por ser o parto um momento intenso, as parturientes têm dificuldade em reconhecer os profissionais envolvidos, bem como desconhecem os papéis de cada membro da equipe de saúde:

“[...] não me lembro se tinha enfermeiro, estava com muita dor” (E7);

“[...] o enfermeiro só preencheu uma ficha, quem me atendeu foi o médico” (E6).

3.2.5. V. Sentiu-se bem assistida pelo enfermeiro

Figura 6 - Assistência (à pessoa no seu contexto)



Fonte: Elaboração da pesquisadora (PICÃO, 2015).

Na categoria V, Sentir-se bem assistida, foi possível perceber, através dos códigos, a conexão existente entre a parturiente no contexto obstétrico e a assistência prestada pelo enfermeiro (a):

"[...] eu recebi bastante apoio das enfermeiras e isso foi muito bom [...], o atendimento da enfermeira foi rápido [...], me senti segura com o atendimento da enfermeira" (E1);

"[...] principalmente o enfermeiro trata bem a gente [...], conversa com a gente para acalmar [...], todas as enfermeiras tratam a gente bem" (E2);

"[...] os enfermeiros tiveram um bom cuidado comigo, foram bem zelosos" (E4);

"[...] o atendimento do enfermeiro é bom, eu me senti bem também" (E5);

"[...]a enfermeira me atendeu bem, do jeito que é pra ser atendida" (E8);

"[...] muito educado, calmo para atender, me senti bem, zelando e perguntando de tudo" (E10).

Esses códigos que emergiram foram relacionados com as atividades do enfermeiro (a) no que concerne à apoio, atenção e segurança que propiciam conforto e realização de um bom atendimento.

3.2.6. VI. Valorização do serviço.

A categoria VI, Valorização do serviço, engloba as vivências na unidade obstétrica: as expectativas, as orientações recebidas, o relacionamento com a equipe, bem como a eficiência, a cautela e a atenção dispensadas, que geram boas expectativas.

Os códigos a seguir apresentados a ilustram:

“[...] eu vim porque minha médica mandou e também eu acho melhor [...] o atendimento aqui é rápido, foi muito rápida minha cesárea” (E1);

“[...] o médico disse que eu não tinha passagem. Eu estava esperando isso, eu não queria ter normal, achei bom quando ele disse que ia ser cesárea (E4) ”;

“[...] eu já tinha marcado a cesárea com o médico, deu tudo certo” (E6);

“[...] eu achei bom aqui, é a primeira vez que venho pra cá, mas eu gostei” (E3);

“[...] eu achei tudo bom, o local, o atendimento” (E5);

“[...] não tenho o que reclamar, foi tudo bem” (E8).

Outro código que emergiu relacionado à valorização enfatizou as orientações prestadas:

“[...] no parto normal tem sempre que ficar orientando a gente, tem que fazer os agachamentos, tudo direitinho para ter o parto, [...] uma parte muito boa é que eu tinha muitas dúvidas e, antes de eu perguntar, já vinham me tirando a dúvida, parece que já adivinhavam, tinham uma certa visão, já me explicavam o que iria acontecer” (E1);

“[...] as orientações, o atendimento, foi tudo muito bom” (E9, E10).

Na mesma categoria, surgiu ainda o código relacionado à valorização e satisfação com a equipe, traduzido pelas falas a seguir:

“[...] me deram bastante atenção, pediram para confiar neles e deu tudo certo, [...] me ajudaram muito, me deram apoio e incentivo, [...] tiveram cuidado para não me constranger durante o toque, usaram a cortinazinha” (E1);

“[...] aqui é melhor que o particular, a prestação de cuidado é melhor, as pessoas te olham, eu me senti bem cuidada, [...] Os enfermeiros foram zelosos, me acalmaram”(E4);

“[...] me deram bastante atenção”(E9);

“[...]o enfermeiro percebeu que eu estava com vergonha, constrangida, aí tiveram cuidado comigo pra não me expor e eu me senti segura (E11).

3.2.7. VII. Sentir-se negligenciada.

Esta categoria se traduziu na vivência do procedimento de sondagem vesical, que é padrão para todas as mulheres que realizam parto cesáreo na unidade do estudo. É

realizado pelo enfermeiro (a). Uma parturiente o percebeu descuidado, a ponto de fazê-la se sentir desrespeitada e ter causado sofrimento:

“[...] quando foi passar a sonda, quase arrancou minha vagina. Eu reclamei, mesmo após o parto eu sentia ardência, parecia que estava lavando um pano de chão na pia, foi terrível, eu nunca senti nada tão repugnante, [...] por causa disso eu me senti um lixo, parecia que ela estava com raiva e com nojo. Pôxa, ela devia saber, porque é mulher também, se colocar no lugar do outro” (E6).

Nessa mesma conjuntura, esta categoria apresentou também a falta de responsividade/ interesse em compreender as necessidades físicas da parturiente:

“[...] na triagem, eu falei para a enfermeira que eu tenho problema de intestino preso. Eu falei porque tenho medo, minha tia teve o intestino perfurado durante uma cirurgia porque tinha esse mesmo problema meu. Eu falei, mas ninguém deu atenção. É sério meu problema, disseram que iam ver, mas não fizeram a lavagem. Já no pré-parto me orientaram que não era adequado fazer naquele momento, porque eu poderia ter diarreia durante a cesárea e causar infecção, mas eu tinha dito desde a hora que cheguei, mas não me deram atenção. Agora, depois do parto, eu estou com muita dor e eu sei que é por causa do intestino preso. Eu acho que deveriam ter dado atenção para minha queixa” (E6).

Outro código que emergiu na mesma categoria tratou da alternância de humor do enfermeiro (a). Na percepção da parturiente, isso prejudica a qualidade do trabalho e afeta positiva ou negativamente o relacionamento terapêutico:

“[...] eu percebi algo diferente na enfermeira, ela estava assim, parece que impaciente com... não sei, acho que era com a gente, não sei se essa é a palavra certa. Estávamos com dor, ela vinha, falava pra gente fazer os agachamentos e tal, mas a dor era tanta que às vezes a gente não fazia. Aí ela (enfermeira) ficava alterada, só que no final ela percebeu que principalmente eu e mais duas que estavam lá no pré – parto, que era primeiro filho, não tem experiência e nem maturidade, mas percebi que depois ela compreendeu, ela acalmou e ficou ali dando a maior força pra gente” (E1).

O último código desta categoria foi elencado do relato da puérpera que se sentiu desamparada e impossibilitada de prestar os cuidados ao seu recém-nascido, em decorrência da imobilidade anestésica causada pelo parto cesáreo e ausência de acompanhante:

“[...] na cesárea só é ruim a parte do cuidado com os bebês. Os enfermeiros têm o maior cuidado com as mulheres, mas o bebê fica à mercê da gente. Como a gente fica sem pode mexer, levantar a cabeça, sem poder levantar, aí fica complicado, quem não tem acompanhante fica difícil [...] Minha sorte é que outro acompanhante me ajudou com isso, e eu me senti desamparada” (E4).

3.2.8. VIII. Aprovação do ambiente/ Bem – estar

Figura 7 - Ambiente físico



Fonte: elaboração da pesquisadora (PICÃO, 2015).

Do eixo temático Ambiente físico emergiram as categorias VIII. Bem-estar (aprovação do ambiente) e IX. Desconforto, como retrata a figura acima.

As percepções das mulheres com relação ao ambiente físico e bem-estar no setor denominado triagem foram de conforto:

“[...] o ambiente é bom, melhor que o particular” (E4);

“[...] é bom, eu me senti bem acolhida no ambiente” (E8);

“[...] achei o ambiente normal, bom, como tinha que ser” (E9).

O próximo setor a acolher as parturientes após a triagem é o pré-parto, o qual também foi percebido como bom, organizado e confortável:

“[...] achei bom, confortável, porque é difícil ter um hospital assim organizado” (E2);

“[...] achei bom o atendimento, é organizado, ótimo” (E7).

Uma das entrevistadas explicou que teve seu parto espontâneo nas proximidades da unidade obstétrica, dentro do carro. Dessa forma, não vivenciou os momentos de pré-parto nos setores. Contudo, concluiu sua fala caracterizando o ambiente de revisão do pós-parto como confortável e limpo: *“[...] gostei do ambiente depois do parto, o que me levaram para retirar os restos. Lá é muito limpo e confortável” (E3).*

3.2.9. IX. Desconforto no ambiente.

Nesta categoria apareceram códigos relacionados à insatisfação, inadequação e desconforto no espaço físico que algumas entrevistadas observaram/perceberam.

Um relato muito interessante sobre ambiente físico e desconforto se deu em uma entrevista em que a parturiente compreendia que um ambiente que aloca mulheres em trabalho de parto normal ativo junto com outras que não estão sentindo dores e estão aguardando o parto cesáreo causa uma disparidade muito grande entre as duas situações. Talvez algumas mulheres não consigam compreender o momento que outras estão vivenciando: “[...] lá é meio estranho, porque tem mulher junto que fica gritando, (risos) e outras olhando sem saber” (E4).

Em relatos mais incisivos sobre desconforto emergiram queixas sobre o sanitário (desconfortável) e também sobre a inadequação do espaço físico: “[...] o ambiente não é muito bom, estava pingando água do teto. O banheiro também não tem instalações muito boas não; não é adequado” (E6).

CAPÍTULO IV

4 APRESENTAÇÃO DAS DISCUSSÕES

Da apresentação dos dados do questionário socioeconômico, é possível fazer algumas considerações, tais como as relativas à faixa etária. A parturiente mais jovem deste estudo tinha apenas 16 anos. Era primípara, moradora de Barreiras e realizou número de consultas conforme previsto na normativa do Ministério da Saúde - mínimo de seis consultas (BRASIL, 2005). A parturiente mais velha, múltipara, estava com 36 anos; também residia em Barreiras e fez acompanhamento pré-natal.

A gestação no período da adolescência está associada a um acompanhamento pré-natal tardio e com menos de seis consultas. Tanto a gestação na adolescência como o pré-natal inadequado estão associados a problemas de saúde ao recém-nascido (BRASIL, 2000; GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005; VIELLAS, 2014). Neste estudo o fator pouca idade, quando relacionado ao número baixo de consultas pré-natal, não foi evidenciado, não corroborando outros estudos que apontam essa correlação.

Um estudo realizado no Acre enfatiza que, embora em pequena proporção, existem mulheres não submetidas a consultas de pré-natal ou que realizam poucas consultas. Essa ocorrência está relacionada aos fatores: pouca idade, menor grau de escolaridade, mulheres negras, mulheres com maior número de filhos e moradoras da zona rural (CAVALCANTE et al., 2011).

O grupo de parturientes entrevistadas não se mostrou homogêneo neste estudo, por isso não foi possível fazer menção sobre gravidez precoce. Contudo, foi possível analisar que o número de gestações/partos, de maneira geral, aumentou juntamente com a idade. Estudos sobre gravidez, idade e número de paridade fazem referência ao seguinte fato: quanto mais a mulher se engaja nas atividades diárias e trabalho, mais tempo demorará a parir (SCHOLZ; PETRU, 1999; PADILHA et al., 2013).

Das entrevistadas, a maior parte (sete) era moradora de Barreiras (incluindo a zona rural). Dessa forma, foi possível verificar que, embora a unidade obstétrica do estudo atenda outros municípios, possui a característica de atender mais seus municípios.

Spink (2007) trata dos sistemas municipais e dos campos de atenção à saúde. Enfatiza em seu texto que é função do gestor dar atenção e viabilizar os serviços de saúde, atender integralmente seus municípios e de imediato às demandas, atuando assim na consolidação dos princípios do SUS. É possível também verificar sobre esses princípios e o papel dos municípios na Lei 8080/90 (BRASIL, 1990).

Quatro das entrevistadas vieram de municípios circunvizinhos e apresentaram diversas particularidades, quando analisado o perfil socioeconômico. O único dado unânime foi o relativo ao número de consultas durante o pré-natal, que se mostrou de acordo com o mínimo que preconiza o MS para caracterizar um acompanhamento de qualidade (BRASIL, 2000, 2005).

No item escolaridade, a maior parte da literatura científica mostra que mulheres com menos anos de estudo apresentam um número maior de paridade. Neste estudo esse fato se comprovou, pois, cinco das parturientes tinham o ensino fundamental e eram múltíparas, enquanto as cinco que possuíam ensino médio estavam na sua primeira ou segunda parturição. A estas últimas, soma-se uma parturiente com ensino superior que estava na primeira parturição.

O intervalo intergenésico é maior entre mulheres com maior escolaridade, conforme mostrado em um trabalho na zona rural da Arábia Saudita (AL-NAHEDH, 1999). Em São Paulo, outro estudo com as mesmas características apontou resultados parecidos: mães com menor escolaridade têm mais que três filhos, quando comparadas com mães com maior escolaridade (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001). Santos, Radovanovic e Marcon (2010) corroboram este estudo e os demais citados:

Nove das gestantes em estudo ainda não tinham completado o ensino fundamental, uma tinha completado o ensino fundamental e duas o ensino médio. A escolaridade desempenha papel central na maneira como as pessoas irão conduzir sua vida e a de seus filhos. As mães que tem maior grau de instrução podem ter uma visão mais abrangente das coisas que estão ao seu redor (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010, p.64).

No que diz respeito à profissão/ocupação, três das entrevistadas eram estudantes, quatro lavradoras e apenas duas exerciam atividade remunerada com carteira de trabalho assinada. Esse dado remete a refletir sobre a possibilidade de o maior número de mulheres ser de lavradoras em decorrência do tipo de atividade desenvolvido na região (agricultura). Pode-se refletir também que, em decorrência das dificuldades territoriais e de deslocamento, essas mulheres, depois do processo de parturição, deixam muitas vezes de estudar e, conseqüentemente, acabam não se profissionalizando.

Em um estudo relacionado a parturientes e a sua ocupação, os resultados constataram que a maior parte das mulheres desenvolve atividades como donas de casa e cuidadoras dos filhos e familiares. “A autonomia e a liberdade reprodutiva das mulheres apresentam-se como uma difícil conquista, tendo em vista também a baixa

escolaridade das participantes deste estudo” (COELHO et al., 2012, p.420). Em geral, as mulheres com menos anos de estudo são as que apresentam piores condições de inserção e de trabalho (BRASIL, 2009).

Analisando o perfil sociodemográfico das entrevistadas deste estudo, pôde-se relacionar a qualidade do pré-natal com o número de partos. Oito entrevistadas realizaram as consultas de pré-natal segundo o preconizado e, destas, cinco já haviam passado pela experiência de parir. Compreende-se que os conhecimentos adquiridos no pré-natal e nas experiências anteriores se tornam fatores de proteção e auxílio da gestante em suas vivências no pré, intra e pós-parto (RATTNER, 2009; SARMENTO, 2003; VERAS; MORAES, 2011).

A assistência pré-natal tem por objetivo principal acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais vivenciado, de maneira distinta, por cada gestante. A oferta de uma assistência de qualidade está ligada à valorização de aspectos relacionados à gestação, que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas em grupo ou individuais. Os benefícios da assistência decorrem de melhores resultados maternos e perinatais que se relacionam diretamente a uma assistência humanizada. Desde seu ingresso na maternidade, as parturientes recebem cuidados específicos que contribuirão para uma assistência de forma integral (PADILHA et al., 2011, p. 4).

EIXO TEMÁTICO PONTO DE PARTIDA

Nesta categoria, observou-se nas falas das entrevistadas que todas acreditavam estar em franco trabalho de parto quando se deslocaram para a unidade obstétrica. As parturientes E7 e E3 discorreram com firmeza e certeza sobre a decisão de procurar a maternidade. A parturiente E2 relatou que esteve várias vezes na unidade e que chegou a ser cansativo o ir e vir.

Os serviços de saúde em obstetria precisam estar preparados para atender a demanda de forma qualificada e humanizada, apresentando condutas acolhedoras e sem encaminhamentos desnecessários. A facilidade de acesso a esses serviços pode fazer diferença à parturiente que os procura. As parturientes chegam ao atendimento ao parto com sentimento de ansiedade e medo, normalmente devido à carência de leitos nas maternidades, que ocasiona peregrinação para receber atendimento. A instrução, durante o pré-natal, sobre os sinais e sintomas do início do trabalho de parto colaboraria para que a gestante e a sua família os reconhecessem e evitaria a ida precoce às maternidades (CUNHA et al., 2010). A vinculação da gestante à unidade na qual

realizará o parto, desde a Atenção Básica e na continuidade do cuidado, é atributo da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

As entrevistadas E3, E7 e E10, mesmo de forma diferenciada em suas falas, apontaram para a mesma carência de encaminhamento para Barreiras. Elas deixaram claro que quem mora na zona rural ou em outro município enfrenta dificuldades com o deslocamento, pois depende da ambulância, que muitas vezes está indisponível.

A ausência de uma regionalização coerente forma um fluxo inadequado de gestantes em busca de atendimento na unidade que ela acredita ser a melhor referência. Isso gera uma distribuição inadequada que pode deixar a gestante sujeita à peregrinação. Tal problema poderia ser resolvido com um sistema eficaz de referência e contrarreferência (CUNHA et al., 2010, p.443):

A Portaria 571, de 01 de junho de 2000, que define o componente do PHPN quanto à organização, à regulação e aos investimentos na assistência obstétrica e neonatal, estabelece: (...) o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da criação e estruturação de Centros de Regulação e sistemas móveis de atendimento pré e inter hospitalares (...).

Em todas as entrevistas das parturientes que residiam em Barreiras esteve presente o relato de que chegaram assistidas por outra pessoa: um familiar, uma amiga ou pessoa prestativa que as auxiliou no trajeto. As entrevistadas da zona rural e de outros municípios não tiveram, porém, seus direitos garantidos em nenhum sentido, pois não tinham familiares, amigos ou conhecidos para acompanhá-las, em decorrência da distância, da falta da ambulância e, conseqüentemente, do profissional de enfermagem. Elas vieram desassistidas durante o trajeto até a unidade obstétrica, tendo como acompanhante o motorista do carro que as trouxe, o que está em desacordo com o preconizado. A Rede Cegonha prevê que aconteça o transporte da gestante: durante o pré-natal, através de incentivo em dinheiro, no momento do parto e no pós-parto, incluindo o serviço de transporte do SAMU – Cegonha (BRASIL, 2011).

No mesmo eixo temático (Ponto de partida), do qual extraiu-se a categoria Complicações do deslocamento, é importante salientar que nenhuma complicação efetivamente ocorreu com alguma das parturientes entrevistadas. Entretanto, a pesquisadora pôde observar, pelas falas, que seria possível tal ocorrência, o que também é corroborado na literatura acerca da temática.

As parturientes E3 e E5 relataram demora da ambulância e que por isso buscaram outros meios de se deslocar. O que chamou maior atenção foi a entrevistada 3

(E3), que teve seu parto espontâneo chegando à maternidade, ainda dentro do carro de passeio que uma conhecida dispensou para auxiliar no transporte.

As complicações na assistência ao parto vão desde a negligência até a imprudência. No caso relatado, a mulher foi negligenciada por uma unidade de saúde que não a encaminhou com ambulância e profissional adequado até a unidade obstétrica, e isso poderia ter gerado complicações a ela e ao recém-nascido.

Estudos de Almeida et al. (2005, p.368) apontaram como nascimentos domiciliares acidentais os partos que ocorreram no “[...] domicílio e/ou em carros, táxis e ambulâncias, ou seja, todos os nascimentos que ocorreram fora do ambiente dos serviços de saúde”. Tais nascimentos apresentaram ligação com mortes perinatais relacionadas ao baixo peso e à prematuridade.

Os motivos que culminam em nascimentos domiciliares, foram: dificuldade em conseguir transporte para se deslocar aos serviços de saúde, liberação médica e consequente do hospital após avaliação ocorrendo o parto a seguir e parto acelerado. Ocorreu também o não reconhecimento do parto pela mãe (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

Na percepção da pesquisadora, a E2, que relatou ter precisado ir e vir várias vezes, também merecia uma atenção especial da equipe de saúde, sobretudo por se tratar de primípara adolescente e sem nenhuma experiência. Ficou, portanto, à mercê de complicações por falta de informação adequada. Se no primeiro atendimento na unidade obstétrica ela tivesse sido bem orientada, não teria retornado ao serviço tantas vezes.

A Política Nacional em Saúde da Mulher (BRASIL, 2002, 2004, 2011) prevê a realização de ações pela equipe multiprofissional desde o pré-natal até o pós-parto, incluindo consultas obstétricas e internação. As orientações que a mulher deve receber nesse contexto também seriam responsáveis por evitar a violência obstétrica, na opinião de Pedrosa e Spink (2011). Essas autoras discutem que a violência pode ocorrer em virtude da baixa compreensão do espaço social a qual as mulheres pertencem e por não serem ouvidas ou atendidas em suas queixas. Presume-se que os profissionais de saúde não estejam preparados para lidar com as diferenças sociais e desigualdade gênero. Uma saída, segundo as autoras, para que eles não sejam precursores da violência contra a mulher, é serem gerenciados no sentido de ter melhores condições de trabalho, atividades contra o estresse bem como educação continuada.

Um sentimento de alívio, calma e bem-estar foi vivenciado por três mulheres deste estudo, E7, E8 e E10. Cabe ressaltar que elas já estavam no segundo ou terceiro

parto, ou seja, já conheciam o serviço de obstetrícia, por isso é compreensível que se sentissem dessa forma. Estudos apontam que as mulheres devem se sentir confortáveis ao chegarem à unidade hospitalar, pois aí é o melhor lugar para atender às demandas de saúde de que necessitam.

Ao direcionarmos nossos cuidados obstétricos antes, durante e após o parto, devemos conhecer que toda mulher tem o direito legal a: receber tratamento livre de danos e maus-tratos, obter informação, consentimento esclarecido com possibilidade de recusa e garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, ser tratada com dignidade e respeito, receber tratamento igual, livre de discriminação e atenção equitativa, receber cuidados profissionais e ter acesso ao mais alto nível possível de saúde com liberdade, autonomia, autodeterminação e não-coerção (SILVA et al., 2014, p.721).

Os profissionais devem ser respeitosos e evitar abusos durante o pré-natal e parto, pois caso ocorram são violações aos direitos humanos e às políticas públicas propostas para as mulheres. “As expectativas sobre as usuárias parecem ter sido orientadas pelas experiências de vida de cada um e muitas vezes concretizando formas de opressão e violência contra a mulher” (PEDROSA; SPINK, 2011).

Cavalcante et al. (2007) relatam que a parturiente espera encontrar profissionais de saúde que sejam fortes, sensíveis e que a auxiliem no trabalho de parto.

As parturientes E4, E6, E9 e E11 partilharam de um momento bem diferenciado quando comparadas com as demais. Elas tiveram uma consulta anterior ao dia de seu parto, em que o médico obstetra pôde constatar a necessidade de parto cesárea. Assim, elas retornaram no outro dia cientes do procedimento que seria feito e a chegada ocorreu de maneira organizada, o que, foi bem visto por essas mulheres.

Embora esse fato tenha ocorrido nesta pesquisa, não existe literatura científica que apoie a marcação do parto cesáreo como escolha primária. Nas redes do SUS os partos cesáreos devem ocorrer como última opção ou a opção mais segura para mulher e recém-nascido, após a internação e acompanhamento do parto normal.

O alto índice de mortes maternas relacionadas a infecções e ao procedimento cirúrgico em si, o maior risco de prematuridade e problemas respiratórios ao recém-nascido, bem como o excesso de procedimentos cirúrgicos que acarreta gastos ao SUS (pois um parto cesáreo é três vezes mais caro) são motivos para que se dê preferência ao parto normal.

A taxa abusiva de parto cesáreo no país desde a década de 1980 constitui um motivo de complicações no parto e é um dos principais exemplos do modelo assistencial excessivamente intervencionista. O parto cesáreo representa 80% dos partos realizados via planos privados de saúde e 26% no sistema público,

o que equivale a uma taxa média de cesarianas de 40%. Esta situação coloca o país como líder mundial em frequência de cesáreas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011, p.416).

No Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) avalia as altas taxas de cesárea, superior ao índice de 15% preconizado. Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde do Brasil atestam valores que alcançaram 52,34% no ano de 2010.

A OMS preconiza que o objetivo da assistência ao nascimento é promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis. Suas recomendações para a assistência ao parto consistem na mudança de um paradigma, entre elas registram-se: o resgate da valorização da fisiologia do parto (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014, p.283).

Duas das entrevistadas, E1 e E8, não tiveram boa percepção de sua chegada. Em seu entendimento, já se encontravam em trabalho de parto e mesmo assim o médico não as internou. Como estavam com dor, não desejavam retornar para suas residências, contudo foi o que houve e isso as deixou muito insatisfeitas.

O acolhimento com classificação de risco em obstetrícia (BRASIL, 2004, 2011, 2014; DINIZ, 2005) prevê que ocorra uma criteriosa avaliação para internação de gestantes em trabalho de parto. Assim, existe um momento adequado do trabalho de parto para que ocorra a internação. Isso se faz necessário para que a gestante permaneça o menor tempo possível em instalações obstétricas. Internações prolongadas podem causar alterações no seu estado emocional e prejudicar o andamento do parto.

EIXO TEMÁTICO A PESSOA NO SEU CONTEXTO

A IV categoria, Fragilidade pelo processo, objetivou perceber se algum momento da estadia das parturientes na unidade obstétrica pôde causar sentimento de fragilidade. Todas, em seus relatos, demonstraram sentimentos tidos como negativos: “medo”, “insegurança”, “se sentiu ruim”, “risco do bebê morrer”, “medo da internação”. Tais sentimentos podem estar presentes em maior ou menor grau, a depender do que é vivenciado pela pessoa. No caso de mulheres em processo de parir, a responsabilidade que carregam pela vida do filho traz mais medo de que algo dê errado e que ela seja culpabilizada ou carregue sentimento de culpa.

O parto, como consideram alguns autores, é um rito de passagem. A mulher passará a ser mãe, incorporará um novo papel e modificará o seu perfil familiar. Além

disso, vivenciará uma mudança psicológica no momento de separação do bebê do seu próprio corpo. Assim, o trabalho de parto é vivenciado como uma mudança drástica na dinâmica corporal em poucas horas, com contrações uterinas e dores. A mulher deseja muitas vezes ter autocontrole e participar ativamente desse momento, o que nem sempre ocorrerá. Devido a esse contexto a gestante pode demonstrar grande preocupação consigo e com o bebê (DIAS; DESLANDES, 2006; DOMINGUES, 2004; HOTIMSKY et al., 2002).

A parturiente E1 apresentou um sentimento de contrariedade por ter de abrir mão do parto normal. Notou-se que ela se preparou para o parto natural/ humanizado; porém, num dado momento do trabalho de parto, a avaliação médica decidiu por realizar o parto cesáreo.

Um estudo realizado em 2006 em uma maternidade do Rio de Janeiro por Dias e Deslandes (2006) apresenta percepção contrária à que apareceu na referida entrevista:

Não faz parte das possibilidades aventadas pelas gestantes ter qualquer controle sobre as questões relativas aos cuidados que receberão. Predomina a concepção de que o trabalho de parto e o parto serão conduzidos exclusivamente pelos profissionais de saúde, não cabendo a elas nenhum direito de opinar ou manifestar seus desejos em relação à assistência (DIAS; DESLANDES, 2006, p.2652).

Embora o estudo desses autores evidencie que a parturiente não apresentou desejo de opinar sobre seu parto e/ ou sobre as ações que a equipe viesse a decidir, quando observadas as novas políticas de humanização em atenção à mulher, deve-se levar em conta os desejos dela, bem como a condução do tratamento a que será submetida. É direito da usuária ser respeitada nas suas necessidades (FLOYD et al., 2010; RATTNER et al., 2010; BRASIL, 2011).

Velho, Santo e Collaço (2014) relatam que a parturiente não tem participação ou opção de escolha sobre o tipo de parto e avaliam que a decisão compete aos profissionais de saúde, no âmbito do SUS. As recomendações da OMS sobre a assistência ao parto normal asseveram, porém, que "deve existir uma razão válida, para interferir no processo natural".

Durante as entrevistas, algumas falas (E7 e E6) versaram acerca da dificuldade em reconhecer, no processo de atendimento, quem são os profissionais envolvidos na assistência.

O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia trata das questões de ambiência e reforça a importância da vinculação da gestante ao serviço de

obstetrícia que ela utilizará no momento do parto. A ambiência diz respeito a conhecer os ambientes em que a gestante permanecerá no processo, a equipe e o papel de cada profissional. Isso minimizaria sentimentos relacionados ao desconhecido e a ansiedade, primando por um momento especial e único na vida das mulheres, que é a chegada de um filho (BRASIL, 2011).

Na categoria V, que trata da assistência, foi possível abarcar questões relacionadas com o sentir-se bem assistida, valorização do serviço e com o sentir-se negligenciada. Todas envolvem a assistência do enfermeiro (a) prestada no ambiente da pesquisa. As entrevistadas apresentaram boa percepção sobre esse atendimento. Houve relato de sentimentos/percepções como: “zelo”, “atenção”, “apoio”, “eficiência”, “segurança”, “rapidez no atendimento”, “bem-estar”, “calma e educação no atendimento”. Isso configura com clareza a relação e o atendimento humanizado que se deseja ter e conforme preconiza o manual do Ministério da Saúde Humaniza SUS (BRASIL, 2011).

Outras literaturas também indicam que muitas unidades obstétricas vêm modificando seus atendimentos pautados na legislação vigente; como exemplo, os estudos de Rattner et al. (2010), que enfatizam a promoção dos cuidados humanizados e a presença do enfermeiro obstetra, parteira ou doula para promoção do bem-estar da mulher nos momentos do parto.

Cabe ao enfermeiro obstetra atender e responder legalmente pelos atendimentos realizados em obstetrícia e pelo que a ele compete, incluindo a identificação de distocias, a tomada de providências até a chegada de conduta médica, bem como a condução do parto normal de baixo risco e demais ações que podem dele decorrer, como aplicação de anestesia local, episiotomia e episiorrafia (RABELO; OLIVEIRA, 2010; WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

A “valorização do serviço” é aqui referida como a percepção da parturiente sobre todo o contexto de sua chegada até o momento que antecede o parto - orientações, acomodações, atendimentos desde a recepção. Com relação à escolha da unidade, foi possível perceber nas falas elementos externos envolvidos, tais como: orientação da médica do pré-natal, outras pessoas que já conheciam e tiveram experiência de internação no local e relatos de facilidade de obter parto cesáreo.

Velho, Santos e Collaço (2014) fazem referência à busca de informação e/ou meios informativos por parte das mulheres, para que se preparem para o parto, desde a questão fisiológica até informações sobre a unidade de internação, equipe e

funcionamento do serviço. Elas buscam se informar com familiares, pela mídia e com profissionais de saúde.

Segundo a OMS, só deve haver a opção de mudança de parto normal para parto cesáreo caso seja estritamente necessário. Existem, porém, posturas médicas que fogem dessa premissa, principalmente quando se comparam os serviços do SUS com serviços particulares:

Uma pesquisa realizada em maternidades públicas e privadas no estado de Santa Catarina, Brasil, afirma que as gestantes estão culturalmente conscientes de que não têm o direito à opção programada pela cesárea eletiva no Sistema Único de Saúde, em face da normatização das políticas públicas, uma contradição à condição social de possuir um plano de saúde, no atendimento prestado pela Saúde Suplementar, o que torna possível a escolha da via de parto (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014, p.285).

Seguindo no eixo da “Pessoa no seu contexto”, sobre a assistência e valorização do serviço, várias entrevistadas relataram ter recebido boas orientações sobre o andamento do trabalho de parto. O profissional enfermeiro retirou dúvidas e prestou orientações adequadas, apoio e incentivo, colaborando para que as mulheres se sentissem seguras.

O artigo de Santos, Radovanovic e Marcon (2010) ilustra muito bem a assistência pré-natal. Muitos dos componentes que as autoras trouxeram à tona foram levados pela gestante até os momentos que antecederam o parto. Desse modo a auxiliaram nas expectativas e em todo o processo e também serviram como apoio aos profissionais de saúde sobre a satisfação nas unidades obstétricas.

No presente estudo foi possível também verificar nas falas que a equipe foi atenciosa e inspirou um sentimento de conforto e confiança. Na voz das entrevistadas, a equipe procurou respeitar a intimidade, não expondo nem constrangendo as gestantes.

A discussão em torno das necessidades das gestantes é um dos eixos propostos pelo acolhimento. Este é proporcionado toda vez que o usuário entra em contato com o serviço de saúde e obtém resposta às suas necessidades, por meio de assistência propriamente dita ou através de informações, ou seja, quando os profissionais demonstram interesse pelos seus problemas e inquietações e se empenham na busca de soluções. É fundamental que os profissionais de enfermagem, criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, assistindo estas mulheres integralmente (LOPES; DONELLI; PICCININI, 2005, p. 249).

Veras e Moraes (2011) expõem, em seu trabalho sobre humanização dos serviços de saúde materno-infantil, que os profissionais compreendem “humanizar” como

atender bem e acolher. Alguns apresentam sentimento de empatia, em que o colocar-se no lugar do outro traz uma influência nas emoções para a atuação com mais humanidade.

Explorando o eixo “Assistência”, obteve-se a categoria Sentir-se negligenciada, que explanou sentimentos/percepções ruins e/ou negativas relacionadas ao atendimento do enfermeiro (a), como a falta de sensibilidade e/ou escuta qualificada, e também a questão da ambiência após o parto cesáreo.

Uma das entrevistadas queixou-se do procedimento de sondagem vesical (que envolve a parte íntima) realizado pela enfermeira. Na percepção da parturiente, o procedimento foi grosseiro; a enfermeira deveria ter agido com mais cuidado ao realizá-lo. Mesmo depois de algumas horas após o parto, a mulher se sentia mal.

O artigo de Pedrosa e Spink (2011) evidencia que as práticas de violência contra a mulher nos serviços de saúde são subnotificadas, ocultadas ou não documentadas. É necessário que ocorra um enfrentamento dos fatores que geram essa violência. Um ponto destacado pelas autoras é o fato da especialização com enfoque estritamente técnico, distanciam o profissional da humanização e do ser humano que atende. As autoras também cogitam que a violência pode ocorrer em virtude da não compreensão do espaço social conquistado pelas mulheres e por elas não serem ouvidas ou atendidas em suas queixas. É afirmado também que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as diferenças sociais e com desigualdade de gênero.

Outro ponto foi a questão da escuta qualificada que todo enfermeiro deve ter, ou seja, após a coleta de dados, a realização da SAE e demais procedimentos, deve-se dar atenção especial a alguma queixa que possa vir a aparecer. Uma das mulheres da entrevista sentiu-se mal assistida pelo fato da enfermeira não ter dado atenção a uma queixa (constipação). Isso a preocupou durante todo o processo de parturição e ainda teve influência na alta da entrevistada, pois, em decorrência do problema e do fato de não realizarem lavagem intestinal antes do parto nem após, ela não conseguiu espontaneamente apresentar defecação, razão pela qual teve a alta suspensa até a regularização intestinal.

A assistência pode ser humanizada quando o profissional reconhece que a parturiente tem uma história, uma família e uma cultura e que a influência desse meio é parte de suas vivências fora da maternidade. A empatia, capacidade de se por no lugar no outro, também é tratada como ponto fundamental nas relações de cuidado

(RATTNER, 2009; VERAS; MORAIS, 2011; SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Sobre a SAE, Medeiros, Santos e Cabral (2012) corroboram as práticas e a escuta qualificada e observam que assim a assistência se torna organizada, individual e resolutive, proporcionando segurança para o cliente e equipe, além de melhora, autoestima e visibilidade da profissão.

Por meio dos memorandos obteve-se uma vivência importante no processo de assistência: uma mulher em pós-operatório imediato (POI) de parto cesáreo necessitou de repouso absoluto em decorrência da raquianestesia por pelo menos 6 horas (de 6 a 8 horas). Ela percebeu seu recém-nascido desassistido e preocupou-se por não ter acompanhante (naquele momento não era permitido). Quem a ajudou foi uma acompanhante de outra paciente (menor de idade). Nesse aspecto a parturiente achou a escolha pelo parto cesáreo ruim, por não lhe permitir cuidar de seu filho nas primeiras horas de vida.

Sobre as percepções negativas do parto cesáreo, foram mencionadas as dores do pós-parto, as dificuldades na recuperação os riscos da cirurgia as preocupações e experiências prévias com a anestesia, maiores níveis de medo, quando comparados ao parto normal e dificuldades no retorno às atividades sexuais. As mulheres que tiveram parto cesáreo, eletivo ou de emergência, estavam mais descontentes, ao lembrar o nascimento dos seus filhos (VELHO et al., 2012, p. 463).

A Lei nº 11.108, publicada pela Presidência do Brasil em 7 abril de 2005 (BRASIL, 2005), garante à parturiente o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A maternidade em estudo, porém, não cumpre essa lei, em decorrência do espaço inadequado para receber os acompanhantes sem expor as outras parturientes. Apenas em alguns casos era permitido acompanhamento (menores de idade, incapacidade mental e/ou deficiência).

Faz-se importante ressaltar que, quando a pesquisadora estava próximo de finalizar as entrevistas, a maternidade estava passando por reformas e já estava atendendo o que preconiza a lei citada.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto tem contribuindo efetivamente para menores níveis de estresse, melhor andamento do tempo de trabalho de parto, bem como melhor nascimento. Os estudos de Bruggemann, Parpinelli, Osis (2005), enfatizam o modelo PPP- Pré parto, Parto e Puerpério, em que a assistência ocorre no mesmo local em todos os níveis para parto normal, proporcionando conforto e individualidade.

EIXO TEMÁTICO AMBIENTE FÍSICO

No eixo temático “Ambiente físico” consolidaram-se as categorias Aprovação do ambiente/Bem-estar e Desconforto (que o ambiente obstétrico causou). Os ambientes explorados na pesquisa foram todos em que a parturiente esteve: recepção, triagem e pré-parto. Desse modo, foi possível elencar algumas considerações.

Muitas das entrevistadas relataram o ambiente como bom, acolhedor, organizado e confortável. Uma delas inclusive relatou ser melhor que alguns ambientes de atendimento particular. É importante realçar que cinco dessas mulheres vinham de municípios circunvizinhos que não possuem atendimento em obstetrícia; dessa forma, sem nenhuma experiência em ambientes obstétricos para ter parâmetros comparativos. No entanto, em seu senso comum esses ambientes tiveram aprovação.

A RDC nº 50 orienta a construção de ambientes hospitalares e auxilia no planejamento e organização destes e, com a instituição da Rede Cegonha (Brasil, 2011), tornou-se necessário adaptar os ambientes em obstetrícia a partir da demanda local.

Quando falamos em ambiência, pensamos em humanização por meio do equilíbrio de elementos que compõem os espaços, considerando fatores que permitam o protagonismo e a participação. Pressupõe o espaço como cenário onde se realizam relações sociais, políticas e econômicas de determinados grupos da sociedade, sendo uma situação construída coletivamente e incluindo as diferentes culturas e valores (BESTETTI, 2014, p. 602).

A cartilha de ambiência está prevista no programa Humaniza SUS; visa criar um grupo para discutir e organizar os espaços do ambiente para que sejam confortáveis, otimizados, acolhedores e resolutivos (BRASIL, 2011).

No que concerne ao desconforto, as queixas que apareceram referiram-se ao ambiente físico e aos (des) cuidados. Duas entrevistadas, moradoras de Barreiras, elencaram a estrutura malcuidada e/ou inadequada dos sanitários, teto e chuveiros.

Com a instituição da Rede Cegonha na unidade de estudo, haverá repasses federais para a implantação do programa. Assim, as reformas necessárias acontecerão.

A outra queixa voltada para o ambiente físico foi relatada pela entrevistada que mencionou ter aguardado o parto cesáreo no mesmo ambiente em que outras mulheres estavam em ativo trabalho de parto, portanto com dores e às vezes gritando e chorando, o que causou estranheza. Cabe observar que, na questão da ambiência, os manuais do Ministério da Saúde abordam a questão dos apartamentos e/ou box individuais (modelo

PPP) para manter o conforto e a individualidade de cada mulher em seu processo de parturição.

CAPÍTULO V

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou investigar vivências da parturiente e os sentimentos que a envolveram em uma unidade obstétrica até os momentos que antecederam o parto. Foi possível perceber que as parturientes se encontravam fragilizadas em decorrência do processo de parturição. Muitas apontaram boas vivências nesse processo, porém se apresentaram insatisfeitas em alguns momentos, tanto pelo fato do não atendimento às leis e políticas que regem a saúde da mulher, quanto pelo atendimento deficitário de enfermagem prestado.

A gestação e o parto são eventos importantes na vida da mulher; sobretudo são eventos fisiológicos e sociais dos quais a mulher é a protagonista, junto com sua família. A chegada do recém-nascido deve ser compreendida com autonomia e responsabilidade. Com o advento das tecnologias o parto passou a ser institucionalizado e medicalizado, tirando a autonomia da mulher para decidir sobre o que julga melhor para si. Assim, de forma errônea, é ignorada a decisão materna e familiar.

As políticas públicas destinadas à saúde da mulher surgem a partir da uma demanda de melhorias das condições de vida das mulheres, e um dos programas de grande impacto é o de pré-natal, parto, nascimento e puerpério, que visa prevenir a morbidade e mortalidade evitáveis e aumentar o nível de atenção às gestantes.

Em 2011 surgiu uma nova política de atenção à saúde da mulher no processo de pré-natal, parto e parturição, a Rede Cegonha, imbuída de conceitos humanísticos, devolvendo a autonomia e responsabilidade da mãe e das famílias sobre a gestação e parto. A implantação desse programa insere questões de matriciamento e referenciamento desde o pré-natal, recomendação do parto normal, direito ao acompanhamento da gestante, assistência qualificada pela equipe de saúde e ambiente adequado para atender à demanda.

A pesquisa realizada mostrou que é importante atender as gestantes em suas necessidades e que as políticas em saúde da mulher se fazem presentes como instrumento norteador. As fragilidades apresentadas pelas mulheres do estudo nos remetem a refletir sobre pontos que são passíveis de melhoria ou mudança. O acolhimento da equipe necessita de constante aperfeiçoamento para que a qualidade no atendimento seja mantida. O ambiente interfere positiva ou negativamente sobre a mulher que vivencia o momento de parturição.

Os aspectos subjetivos da assistência precisam ser levados em consideração. Todas as vivências apresentadas neste estudo possuem peso argumentativo a partir da perspectiva das mulheres. Imbuída de conceitos adquiridos nas ações educativas durante a gestação e/ou culturalmente ou também da experiência de partos anteriores, a parturiente é a melhor narradora dessa realidade e contexto.

O projeto da Rede Cegonha é novo e está em implantação, e a partir da perspectiva desta pesquisa observa-se a necessidade de sua manutenção para haver uma melhor oferta de serviços a um montante maior de mulheres. Espera-se que a esfera federal não meça esforços para dar continuidade a esse programa.

REFERÊNCIAS

_____. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil:** conceitos, práticas e lições aprendidas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 174 p.

_____. **NBR 10520:** Apresentação de citação em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520:** Apresentação de citação em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6023:** Informação e documentação, referências, elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6024:** Informação e documentação – numeração progressiva das seções de um documento escrito – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6027:** Informação e documentação – sumário – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6028:** Informação e documentação – resumo – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ABNT - **Associação Brasileira de Normas Técnicas.NBR 5892:** Norma para datar. Rio de Janeiro, 1989.

ALMEIDA, Márcia Furquim de et al . Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 366-375, jun. 2005.

AL-NAHEDH, NN. The effect of sociodemographic variables on child-spacing in rural Saudi Arabia. **East Mediterranean Health Journal**, EUA, v. 5, n.1, p.136-140, 1999.

ARNHOLD, Carla. **Intervenção fisioterapêutica através de um programa de orientação às gestantes frequentadoras de uma UBS no Vale do Rio do Sinos.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em fisioterapia) - Centro Universitário Feevale Instituto de Ciências da Saúde, Novo Hamburgo, 2009.

BALLONE, G.J. Gravidez e Sexualidade. **PsiquWeb**. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Revisado em 2004. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=141>> .Acesso em: 17 abr 2014.

BARREIRAS . Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos em Saúde. **Relação de Funcionários da Maternidade Municipal de Saúde.** Barreiras: Secretaria de Saúde, 2013. Não paginado.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa:** propostas metodológicas. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.

BARROS, Sônia Maria de Oliveira de. **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal.** São Paulo: Manole, 2006.

BASILE, Anatólia Lopes de Oliveira; PINHEIRO, Monica de Souza Bomfim; MIYASHITA, Newton Tomio. **Centro de parto normal intra- hospitalar.** São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 601-610, jul/Set 2014.

BLUMER, H. **Symbolic interaction:** perspective and method. Berkeley: University of California Press, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal:** manual técnico. 3. ed. Brasília: Secretária de Políticas Públicas- SPS/ Ministério da Saúde, 2000. Equipe de elaboração: Janine Schimer et al.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto:** humanização no pré natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 10.jun.2015.

BRASIL. Anvisa. Ministério da Saúde. RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Secretaria da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em 28 maio.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré – natal e puerpério:** atenção humanizada e qualificada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf> Acesso em: 10.jun.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Resolução COFEN nº 358 de 2009. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **COFEN**, Brasília, 2009. Disponível em: <www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 18 mar. 2014.

BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.88, seção 1, p.25, 31 de Dezembro de 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - ,a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini (Org). Brasília: Centro de estudos e pesquisa em saúde coletiva, 2011. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36327> >. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2351, de 05 outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, n.193, seção 1, p.58, 06 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação federal humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_federal_humanizacao_2011.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos Humaniza SUS ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<<http://www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetricia.pdf> .> Acesso em: 17.jan.2015.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, out. 2005.

CALIFE, Karina; LAGO, Tânia; LAVRAS, Carmen (Org.). **Manual técnico do pré - natal e puerpério: atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**. São Paulo: SES/SP, 2010.

CANZONIERI, Ana. Maria. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em obstetrícia**. 3.ed. São Paulo: EPU, 2007.

CAVALCANTE, Francisca. Nunes. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 31-40, jan/abr. 2007.

CAVALCANTE, Suelen. Oliveira. et al.. Atenção pré-natal no município de Rio Branco -Acre: inquérito de base populacional, 2007-2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n.3, p. 661-675-675, jul/set, 2011.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, Kathy. Grounded Theory in the 21 st.Century. Org: DENZIN, N.K.; LINCON, Y.S. (Orgs.).**The sage handbook of qualitative research**. 3 ed. Londres: Sage, 2004. p.507-535.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. . Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta paulista de enfermagem.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012 .

CUNHA, S. F. et al..Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare Enfermagem.** , cidade, v. 15, n. 3, p.441-447, jul/set.2010

DANTAS, C.C. et al. Teoria Fundamentada nos Dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573- 579, ago. 2009.

DAVIS-FLOYD, Robbie. et al. A iniciativa internacional pelo nascimento mãe bebê: uma abordagem de um atendimento materno eficiente à luz dos direitos humanos. **Tempus Actas Saúde Coletiva**. Brasília, v. 4, n. 4, p. 93- 103, 2010.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez. 2006.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2010.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005.

DOMINGUES, Rosa. Maria. Soares. Madeira; SANTOS, Elisabeth. Moreira dos; LEAL, Maria. Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 1, p.52-62, 2004.

DRIESSNACK, Marta; SOUSA, Valmi de.; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 1-5 jul/ago, 2007.

FLEURY, Sonia Maria Teixeira; OUVERNEY, Assis Mafort. **Gestão de Redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRITZ, Sandy. **Fundamentos da Massagem Terapêutica**, 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.

- GARCIA, Selma Aparecida Lagrosa; GARCIA, Sidney Antonio Lagrosa; LIPPI, Umberto Gazi. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 2, p. 241-247, jun. 2010.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.
- GIOVANNI, Miriam Di. **Rede cegonha: da concepção à implantação**. Brasília: DF, 2013. 99p.
- GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino; SILVA, Rebeca de Souza e. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, ago. 2005.
- GOLDMAN, Rosely Erlach. Prática de Enfermagem durante o parto. In: BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2009. P. 488.
- GONÇALVES CAMACHO, Karla et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência enfermagem**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 115-125, ago. 2010.
- GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. 1993. F. 328. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- Haidar, Fátima Hussein; OLIVEIRA, Urânia Fernandes; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, ago 2001.
- HENWOOD, Karen; PIDGEON, Nicholas Frank. A teoria fundamentada. In: BREAKWELL, Glynis Marie. (Org.). **Métodos de pesquisa em psicologia**. São Paulo: Artmed, 2010. p. 340-361.
- HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isovama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set/out 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/233QD>>. Acesso em: 19 out. 2015.

LANSKY, Sonia; FRANÇA, Elisabeth; LEAL, Maria Carmo. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, out 2002.

LIMA, Cíntia Dadalto; LOPES, Marcela de Aquino; GONÇALVES, Virgínia Maria da Silva. O enfermeiro no planejamento do espaço físico hospitalar. **Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.3, n.2, p 484-493, nov./dez. 2010.

LIMA, Thais Jaqueline Vieira de et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, 2014.

LOPES, Rita Cássia Sobreira; DONELLI, Tagma Schneider; LIMA, Carolina Mousquer; PICCININI, Augusto César. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Rio Grande do Sul, v.18, n.2, p. 247-254, 2005.

LORENZI, Dino Roberto Soares de et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-146, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de fev. 2016.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**: fundamentos e recursos básicos. 5 ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MEDEIROS, Ana Lúcia de. **Superando os fatores que dificultam a operacionalização da sistematização de enfermagem**: experiência de enfermeiros em um serviço de obstetrícia. 2011. f.152. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba UFPB, João Pessoa, 2011.

MEDEIROS, Ana Lúcia de; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 174-181, set. 2012 .

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 08 de fev. 2016.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de fev. 2016.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1620 -1625, jul.2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atendimento multidisciplinar a gestante em trabalho de parto**. Belo Horizonte: Secretaria de saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MONTENEGRO, Rezende. **Obstetrícia fundamental**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2006.

NAGAHAMA, Elizabeth ErikoIshida; SANTIAGO, Sílvia Maria. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, dez. 2011 .

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2003.

NICÁCIO, Flávia da Silva. Aspectos psicológicos da gestante 2007. **amigasdoparto.com.br**. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/artigos.html>> . Acesso em: 08 de mar. 2014.

NICO, Lucélia Silva; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; RUIZ; Tânia; MOREIRA, Rafael da Silveira. A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.789-797, jun., 2007.

OLIVEIRA, Cristiano Lessa. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. **Travessias: pesquisa em educação, cultura, linguagem e arte**, Paraná, v.2, n.3, 2008.

OSAVA, Ruth Hitomi. Casas de parto: o parto fora do hospital. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.4, p. 8 - 14, 2004. ISSN 1806-3365.

PADILHA, Juliana Falcão; TORRES, Rita Patricia Pereira; GASPARETTO, Andrielle; FARINHA, Lourdes Boufleur; MATTOS, Karen Mello de. **Parto e idade: Características maternas do estado do Rio Grande do Sul**. **Saúde: Santa Maria**, v.39, n.2, p.99-108, jul/dez, 2013.

PADILHA, Juliana Falcão; PREIGSCHADT, Gláucia Pinheiro; BRAZ, Melissa Medeiros; GASPARETTO, Andrielle. **A saúde da mulher e assistência a gestante no sistema único de saúde (SUS): uma revisão bibliográfica**. Santa Maria – RS: UNIFRA, 2011. Disponível em: <
<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio2011/Trabalhos/1625.pdf> > Acesso em: 18 de mar. 2013.

PEDROSA, Claudia Mara ; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1 , p. 124-135, jan/mar, 2011.

PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-631, dez. 2014.

PICCININI, César Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, mar. 2008.

POLDEM, Margareth; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed.. São Paulo, Santos Livraria, 2000.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção   saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.

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

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção à nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface** (Botucatu). Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009.

RATTNER, Daphne; SANTOS, Marcos leite dos; LESSA, Heloisa; DINIZ, Simone Grilo. ReHuNa – A rede pela humanização do parto e nascimento. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p215 - 228.jul/ago, 2010.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; FILHO, Jorge de Resende. O puerpério. In: RESENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 12 ed. Rio de Janeiro: Koogan Guanabara, 2013. p.308-314.

SÁ, Ana Maria Passos Oliveira Ayala de ; PICON, José Dornelles. **Alterações hemodinâmicas da gravidez**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIV, nº 05, 2005.

SANTOS, Aliny de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; MARCON, Sonia Silva. **Assistência pré-natal: satisfação e expectativas**. Rev. RENE; 11(Número especial): 61-71, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de fev. 2016.

SÃO PAULO. Secretária de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Sílvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Ciências Médicas**. Campinas, v.12, n.3, p. 261-268, 2003.

SCHOLZ, Heinz S.; HAAS, Josef; PETRU Edgar. Do primíparas aged 40 years or older carry an increased obstetric risk? **Preventive Medicine**. Austria, v.29, n.4, 263-266, out 1999.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBB, Beatriz Christo; SIMÃO, Adalgisa Ana. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Rede de revistas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal**, Minas Gerais, v.7, n. 1, p. 70-81, jan-abr. 2005.

SILVA, Michelle Gonçalves; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, Livia Shélida Pinheiro; TORO, Rosário Carmacan; Shimo, Antonieta Keiko

Kakuda. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Brasil, v.15, n 4, p. 820 – 828, jul-ago. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121/1079>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2016.

SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta; SANTANA, Renato Martins; ALMEIDA, Pedro Augusto Marcondes de. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 448-465, dez. 1984 .

SOUZA, Geórgia Costa de Araújo; COSTA, Íris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos**: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29666/31538>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

SPINK, Mary Jane Paris. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Sociedade e Saúde**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 18-27, abr. 2007.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. Ilustrações de Ziraldo. São Paulo: Globo, 2011.

VAZ, F.A.C. Mortalidade perinatal e neonatal. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 3, mar. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301997000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de fev. 2016.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem** , Brasília, v. 67, n. 2, p. 282-289, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2016.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Direito institucional sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.p. 261 -299.

VERAS, Renata Meira; MORAIS, Fatima Raquel Rosado. Práticas e significados acerca da humanização na assistência materno infantil na perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.3, p.102-112, 2011. ISSN 2178-7085.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado nogueira da; FILHA, Mariza Miranda Theme; COSTA, Janaina Viana da; BASTOS, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

WINCK, Daniela Ries; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Responsabilidade legal do Enfermeiro em Obstetrícia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 464-469, jun. 2010.

ZIEGUEL, Erna E. ; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

APÊNDICE
APÊNDICE – A : INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I Perfil sociodemográfico

Idade: _____ D/N: _____

Estado civil: () S () C () U. E () V () D () Outros.

Nº de filhos: _____ Procedência: _____

Escolaridade: () Analfabeta () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto _____ () Ensino médio completo () Ensino médio incompleto _____ () Ensino superior completo ()

Profissão: _____ Trabalha atualmente: () Sim () Não

Fez pré natal? () Sim () Não

Em caso afirmativo, quantas consultas realizou? _____.

Houve intercorrências durante a gestação? _____.

Ficou internada? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual intercorrência? _____.

II – Questões norteadoras

1. Fale para mim sobre o caminho percorrido até o seu internamento e o que isso significou para você.
2. Conte-me sobre a sua chegada a esta unidade de saúde, do atendimento na triagem e da internação. Como você se sentiu?
3. Como você percebeu o ambiente de atendimento na triagem? Conte-me sobre o atendimento do enfermeiro nesse ambiente. Como você se sentiu?
4. Como você percebeu o ambiente de atendimento no pré-parto? Conte-me sobre o atendimento do enfermeiro nesse ambiente. Como você se sentiu?
5. Gostaria de me contar algo sobre a sua experiência neste momento e que você considera importante?

ANEXOS

ANEXOS – A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES ACERCA DO ACOLHIMENTO NOS MOMENTOS QUE ANTECEDEM O PARTO.”

Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC
Luc Vandenberghe/ Vanessa dos Santos Picão

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC, com o CAAE _____ em __/__/____. Telefone: 3946-1198. E-mail: cepsi@pucgoias.edu.br.

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

A Sr.(a) é convidada a participar do projeto cujo título é “Percepção das parturientes acerca do acolhimento nos momentos que antecedem o parto” que se justifica pelo fato do pesquisador crer que a temática torne mais humano e acolhedor o profissional que gerencia o cuidar e assiste a parturiente desde sua chegada até seu parto. Essa adoção de medidas humanísticas envolve, principalmente, a facilitação do processo de trabalho de parto deixando a parturiente mais tranquila e ambientadas diante de um momento novo e tão importante. Os objetivos específicos são: compreender sobre a vivência da parturiente no que diz respeito ao transporte até o HM, à chegada no HM e internação, identificar a percepção sobre o atendimento e do ambiente durante o período que antecedeu o parto.

Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo. Para tanto, necessitamos que responda à entrevista.

A coleta dos dados será realizada em uma sala dentro das dependências do Hospital da Mulher. Esta sala que é de uso da assistente social será cedida para que a entrevistadora possa fazer a entrevista preservando a individualidade e a intimidade de cada entrevistada. A pesquisa ocorrerá entre os meses de setembro e outubro e respeitará um período mínimo após o parto normal, sendo de doze (12) horas para puérperas após o parto normal e vinte e quatro (24) horas para puérperas após parto cesáreo. O tempo médio da entrevista é de 1 hora para cada entrevistada.

A entrevista será gravada com a utilização de um gravador e posteriormente as informações serão transcritas na íntegra.

Este estudo possui riscos, pois poderá ocorrer abalo psicológico e emocional frente à exposição da percepção e dos sentimentos da parturiente durante o atendimento do enfermeiro em sua triagem e internação. Desse modo, ela pode sentir-se coagida e ou amedrontada em expor tais sentimentos. Compreende-se tal fato, haja vista que trabalharemos com o objetivo principal, que é a busca da percepção e dos sentimentos da mesma,. Assim caso note-se alguma alteração emocional por parte de qualquer uma das parturientes entrevistadas, a pesquisa será interrompida e posteriormente retomada. Caso haja necessidade, será acionada a psicóloga do município para elucidar a parturiente que não existem riscos de retaliação nem constrangimento da mesma por estar participando desta pesquisa. Medidas preventivas durante toda a pesquisa serão tomadas para minimizar qualquer incômodo.

Caso este procedimento gere algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

Sua participação é voluntária e caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa não haverá nenhum dano ou prejuízo, basta informar um dos pesquisadores responsáveis.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa (Resolução 466/12) que regulamentam sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Os seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso de outras pessoas. O material com suas informações da entrevista ficará guardado sob responsabilidade da pesquisadora Vanessa dos Santos Picão, com garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade em arquivo físico e digital(DVD), sob guarda e responsabilidade por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

A Sr.(a) tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador desta pesquisa é Dr. Luc Vandenberghe, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Avenida Universitária nº 1.440, Setor universitário, 3º andar /PUC-Goiás, próximo à praça Botafogo. Telefone de contato: (62) 9619-3750 .

Se o Sr.(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), pelo telefone (62) 3946-1070 ou com os pesquisadores.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

DECLARO TER SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES QUE LI OU QUE FORAM LIDAS PARA MIM. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO E PODEREI RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO SEM QUALQUER DANO OU PREJUÍZO.

Eu, _____, RG; _____,

após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Barreiras, _____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

Assinatura de testemunha (por extenso)

Dr. Luc Vandenberghe/ Contato:(62) 9619-3750

Mestranda Vanessa Dos Santos Picão / Contato: (77) 9992-2391

ANEXO B - TERMO DE ASSENTIMENTO

“PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES ACERCA DO ACOLHIMENTO NOS MOMENTOS QUE ANTECEDEM O PARTO.”

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Luc Vandenberghe/ Vanessa dos Santos Picão

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC, com o CAAE _____ em __/__/____. Telefone: 3946-1198. E-mail: cepsi@pucgoias.edu.br

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Assentimento. Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade), você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

A Sr.(a) é convidada a participar do projeto cujo título é “Percepção das parturientes acerca do acolhimento nos momentos que antecedem o parto” que se justifica pelo fato do pesquisador crer que a temática torne mais humano e acolhedor o profissional que gerencia o cuidar e assiste a parturiente desde sua chegada até seu parto. Essa adoção de medidas humanísticas envolve, principalmente, a facilitação do processo de trabalho de parto deixando a parturiente mais tranquila e ambientalizadas diante de um momento novo e tão importante e cujo os objetivos específicos são: compreender sobre a vivência da parturiente no que diz respeito ao transporte até o HM, a chegada no HM e internação, identificar a percepção sobre o atendimento e do ambiente durante o período que antecedeu o parto.

Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, para tanto, necessitamos que responda a entrevista.

A coleta dos dados será realizada em uma sala dentro das dependências do Hospital da Mulher, esta sala que é de uso da assistente social será cedida para que a entrevistadora possa fazer a entrevista preservando a individualidade e a intimidade de cada entrevistada, a pesquisa ocorrerá entre os meses de setembro e outubro e respeitará um período mínimo após o parto normal sendo de doze(12) horas para puérperas após o parto normal e vinte e quatro (24) horas para puérperas após parto cesárea, o tempo médio da entrevista é de 1 hora para cada entrevistada.

A entrevista será gravada com a utilização de um gravador, e posteriormente as informações serão transcritas na íntegra.

Este estudo possui riscos pois poderá ocorrer abalo psicológico e emocional frente a exposição da percepção e dos sentimentos da parturiente durante o atendimento do enfermeiro em sua triagem e internação, desse modo a mesma pode sentir-se coagida e ou amedrontada em expor tais sentimentos, compreende-se tal fato haja vista de que trabalharemos com o objetivo principal que é a busca da percepção e dos sentimentos da mesma, assim caso note-se alguma alteração emocional por parte de qualquer uma das parturientes entrevistadas a pesquisa será interrompida e posteriormente retomada, caso haja necessidade será acionada a psicóloga do município para elucidar a parturiente que não existe riscos de retaliação nem constrangimento da mesma por estar participando desta pesquisa, medidas preventivas durante toda a pesquisa serão tomadas para minimizar qualquer incômodo.

Caso este procedimento gere algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

Sua participação é voluntária e caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa não haverá nenhum dano ou prejuízo, basta informar um dos pesquisadores responsáveis.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa(Resolução 466/12) que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Os seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso de outras pessoas. O material com suas informações da entrevista ficará guardado sob responsabilidade do pesquisador Vanessa dos Santos Picão com garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade em arquivo físico e digital(DVD), sob guarda e responsabilidade por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

A Sr. (a) tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador desta pesquisa é Dr. Luc Vandenberghe que pode ser encontrado no seguinte endereço: Avenida Universitária nº 1.440, Setor universitário, 3º andar /PUC-Goiás, próximo à praça Botafogo, telefone de contato: (62) 96193750 .

Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), pelo telefone (62) 3946 1070, ou com os pesquisadores.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____, RG; _____,
após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte desta pesquisa. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia desse termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Barreiras, _____ de _____ de _____

Assinatura do Menor

Dr. Luc Vandenberghe/ Contato:(62) 96193750

Mestranda Vanessa Dos Santos Picão / Contato: (77) 99922391



CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Prezada

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC

A Coordenadora de Enfermagem do Hospital da Mulher, Verailza Souza Santos, vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada Percepção das parturientes acerca do acolhimento nos momentos que antecedem o parto, Sob a responsabilidade do pesquisador responsável Luc Vandenberghe e da pesquisadora assistente Vanessa dos Santos Picão, a ser realizada no período de Outubro a Dezembro de 2014.

Esta instituição está ciente da liberação/ entrada dos pesquisadores para a coleta de dados referente a pesquisa, somente mediante a apresentação do PARECER de APROVADO pelo CEP. Esta instituição está consciente da sua co responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela envolvidos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolve pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS n° 466/12 e no que diz a respeito da coleta de dados que apenas será iniciada após a APROVAÇÃO DO PROJETO por parte do Comitê de ética em pesquisa – CEP/ PUC e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) se assim houver necessidade.

Verailza Souza Santos
Portaria nº 083/2013
Coord. de Enfermagem
Hospital Municipal da Mulher
6. Av. Barreiras - BA

Verailza de Souza Santos
Coordenação de Enfermagem
Hospital da Mulher

ANEXO C

085951871/0001-25
HOSPITAL DA MULHER
RUA ANTÔNIO COITÉ, S/N
BARREIRAS - BA

ANEXO D

CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Barreiras – BA, ___/___/_____.

Prezada

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC

A Coordenadora do Centro de referência Leonidia Ayres, Celi Hermenegildo da Silva, vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a co – participação na realização desta pesquisa intitulada Percepção das parturientes acerca do acolhimento nos momentos que antecedem o parto, Sob a responsabilidade do pesquisador responsável Luc Vandenberghe e da pesquisadora assistente Vanessa dos Santos Picão, a ser realizada no período de setembro a outubro de 2014.

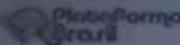
Esta instituição está ciente do encaminhamento da puérpera ao profissional psicólogo caso haja necessidade para atender a parturiente, isso somente ocorrerá na fase de coleta de dados e somente mediante a apresentação do PARECER de APROVADO pelo CEP. Esta instituição está consciente da sua co responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela envolvidos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolve pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 466/12 e no que diz a respeito da coleta de dados que apenas será iniciada após a APROVAÇÃO DO PROJETO por parte do Comitê de ética em pesquisa – CEP/ PUC e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) se assim houver necessidade.


Celi Hermenegildo da Silva
Coordenadora de Enfermagem
Centro de Saúde Leonidia Ayres
S.M.S. Barreiras/BA

Celi Hermenegildo da Silva
Coordenadora do Leonidia Ayres

ANEXO E

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS		
1. Projeto de Pesquisa: PERCEÇÃO DAS PARTURIENTES ACERCA DO ACOULHIMENTO REALIZADO PELO ENFERMEIRO NOS MOMENTOS QUE ANTECEDEM O PARTO		2. Número da Participante da Pesquisa: 15
3. Área Temática:		
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4 - Ciências da Saúde, Grande Área 7 - Ciências Humanas, Ciências Ambientais		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
5. Nome: Vanessa Dos Santos Probst		
6. CPF: 288 548 508-27	7. Endereço (Rua, nº): CAFÉ FILHO 245-A CENTRO Caixa Postal: 612 BARREIRAS BAHIA 47800973	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (77) 9882-3381	10. Outro Telefone:
		11. E-mail: vanessa.enfer@gmail.com
12. Cargo:		
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sob os meus próprios ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esta folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.		
Data: <u>02.09.2014</u>		Assinatura: 
INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
13. Nome: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás	14. CNPJ: 01.587.808/0001-71	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (62) 3946-1070	17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.		
Responsável: <u>Nelson Jorge da Silva Jr</u>	CPF: <u>233.380.241-34</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenador</u>		
Data: <u>02.09.2014</u>	Assinatura: 	
PATROCINADOR PRINCIPAL		
Não se aplica.		Prof. Dr. Nelson Jorge da Silva Júnior Integrante do Núcleo de Ética em Pesquisa (NEP) Membro do Conselho Administrativo e Social PUC Goiás - Coordenador - R.E. 3211