

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE ENFERMAGEM

SELENA DENISE GIL DOS SANTOS

**EXPERIÊNCIA DAS MULHERES NO PROCESSO DO NASCIMENTO EM UM
HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

CRICIUMA

2020

SELENA DENISE GIL DOS SANTOS

**EXPERIÊNCIA DAS MULHERES NO PROCESSO DO NASCIMENTO EM UM
HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Enfermeira no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof^a MSC Cecilia Marly Spiazzi dos Santos

CRICIUMA

2020

SELENA DENISE GIL DOS SANTOS

**EXPERIÊNCIA DAS MULHERES NO PROCESSO DO NASCIMENTO EM UM
HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Enfermeira no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof^a MSC Cecilia Marly Spiazzi dos Santos

Criciúma, 01 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^a MSC Cecilia Marly Spiazzi dos Santos - Orientadora

Enf^a Esp. Rita de Cássia Cizeski Pagani – Hospital Materno Infantil Santa Catarina

Prof^a MSC Susane Raquel Perico Pavei – Curso de Enfermagem UNESC

DEDICATÓRIA

Dedico esse TCC a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma na minha conclusão acadêmica, em especial a minha família que estão presentes em todos os momentos me apoiando e lutando comigo. A minha orientadora, Prof^ª MSC Cecilia Marly Spiazzi dos Santos que desde o início me acompanhou e contribuiu com seus conhecimentos para o aperfeiçoamento deste estudo.

AGRADECIMENTO

Agradeço...

Primeiramente a Deus por tudo o que me proporcionou na vida, por sempre acompanhar meu caminho e me dar forças sempre para seguir em frente, colocando seres iluminados no meu caminho.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para que eu sempre tivesse as melhores oportunidades, por acreditar na minha capacidade, por apoiar as minhas decisões sempre me incentivando a buscar o crescimento e aperfeiçoamento profissional e principalmente por me ensinaram a ser uma pessoa honesta e íntegra e lutar pelos meus sonhos, devo tudo a eles.

Aos meus amigos e namorado, por me apoiarem e segurarem nos momentos mais difíceis, por serem a minha família longe de casa e por permitirem encontrar um lar dentro da graduação.

A minha orientadora Marly por ter aceitado me orientar, por toda dedicação e paciência, em repassar seus conhecimentos e experiências, auxiliando na elaboração deste trabalho.

Ao nosso corpo docente, por terem dividido conosco seu imenso conhecimento em busca da formação do nosso saber.

Aos profissionais com quem passamos esses cinco anos.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente de alguma forma para a realização deste trabalho.

Meu muito obrigada!

RESUMO

O nascimento de uma nova vida em todas as culturas e gerações humanas sempre despertou as mentes e os corações. O parto por sua vez é um evento social, emocional e biológico, para cada mulher ele vai ser único e estará ligado à sua história de vida, suas crenças e valores, nesse contexto as mulheres devem ser respeitadas e tratadas como protagonistas desse momento. O local de cuidado da mulher deve ser aberto a mudanças, sem rotinas rígidas que não podem ser alteradas, isso faz com que a mulher tenha liberdade para expressar seus sentimentos e necessidades. Deve ser um ambiente onde a mulher se sinta segura e protegida pela equipe que presta cuidados a ela. Visando isso o seguinte estudo teve por objetivo descrever as experiências das mulheres referentes ao atendimento recebido no processo de nascimento em diferentes ambientes hospitalares, tendo como público alvo de pesquisa puérperas que tiveram pelo menos um parto em outro ambiente hospitalar diferente do local de estudo, com a finalidade de registrar as experiências dessas mulheres em diferentes ambientes contribuindo com uma melhor assistência de enfermagem no momento do nascimento. Para realizar esse estudo foi utilizada uma abordagem descritiva e exploratória, tratando-se de um estudo qualitativo. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada, com as puérperas que aceitaram participar do referido estudo e estivessem dentro dos critérios de inclusão. Os dados foram analisados através da criação de tabelas para melhor apresentação de informações sociodemográficas para a caracterização do perfil das participantes e após analisou-se as falas coletadas na entrevista. A amostra foi composta por 15 puérperas que se encontravam na faixa etária entre 22 e 36 anos de idade. Os resultados obtidos levantaram discussões sobre o perfil sociodemográfico e o histórico obstétrico das puérperas, a equipe e o local de realização do parto, as intervenções, momento mais marcante e a experiência do parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor e atendimento humanizado. Concluímos através do relato das puérperas que o atendimento do hospital é humanizado, pois é possível identificar vários traços da humanização presentes em suas falas, bem como a satisfação com o processo de nascimento e a assistência recebida.

Palavras chaves: Parto humanizado, parturição, local do parto.

ABSTRACT

The birth of a new life in all cultures and human generations has always awakened minds and hearts. Childbirth in turn is a social, emotional and biological event, for each woman it will be unique and will be linked to their life story, their beliefs and values. In this context women must be respected and treated as protagonists of that moment. The woman's care place must be open to changes, without rigid routines that cannot be changed, this gives the woman freedom to express her feelings and needs. It must be an environment where the woman feels safe and protected by the team that cares for her. With this in mind, the following study aimed to describe the experiences of women regarding the care received in the birth process in different hospital settings, with the target audience of research women who had at least one delivery in another hospital environment other than the study site, with the purpose of recording the experiences of these women in different environments, contributing to better nursing care at the time of birth. To carry out this study, a descriptive and exploratory approach was used, being a qualitative study. The data were collected through a semi-structured interview, with the puerperal women who agreed to participate in the referred study and were within the inclusion criteria. The data were analyzed through the creation of tables for better presentation of sociodemographic information for the characterization of the profile of the participants and after the statements collected in the interview were analyzed. The sample was composed of 15 puerperal women who were in the age group between 22 and 36 years old. The results obtained raised discussions about the sociodemographic profile and the obstetric history of the puerperal women, the team and the place of delivery, the interventions, the most important moment and the experience of delivery, non-pharmacological methods for pain relief and humanized care. We concluded through the report of the puerperal women that the hospital's care is humanized, as it is possible to identify several humanization traits present in their speeches, as well as satisfaction with the birth process and the assistance received.

Key words: Humanized delivery, parturition, place of delivery.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Histórico Obstétrico das Puérperas	32
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das Puérperas.....	30
Tabela 2 – Histórico Obstétrico das Puérperas.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Aborto
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
C	Cesárea
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de ética e pesquisa
EUA	Estados Unidos
MS	Ministério da Saúde
MSC	Mestre
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PPP	Pré parto, parto e pós parto
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Recém nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
Unesc	Universidade do Extremo Sul Catarinense
V	Vaginal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	TEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO	13
1.2	JUSTIFICATIVA.....	14
1.3	QUESTÃO NORTEADORA	15
1.4	PRESSUPOSTOS	1515
1.5	OBJETIVOS.....	15
1.5.1	Objetivo Geral.....	1515
1.5.1	Objetivo Específico	1515
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	PROGRAMAS E HUMANIZAÇÃO.....	17
2.2	ACOLHIMENTO E A EQUIPE.....	1818
2.3	LOCAL DE NASCIMENTO.....	1919
2.4	MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA ALIVIO DA DOR.....	200
2.5	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	211
2.6	A TRANSIÇÃO DO PARTO DOMICILIAR PARA O AMBIENTE HOSPITALAR 222	
2.7	TIPOS DE PARTOS.....	23
3	MÉTODOS	26
3.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO	26
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	2626
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	2626
3.3.1	Critérios de inclusão	2626
3.3.2	Critérios de exclusão	2727
3.4	COLETA DE DADOS	2727
3.5	ANÁLISE DE DADOS	28
3.6	ASPÉCTOS ÉTICOS	29
4	RESULTADOS EDISCUSSÃO	30

4.1 PERFIL E HISTÓRICO OBSTÉTRICO DAS PUÉRPERAS.....	30
4.2 EQUIPE E LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PARTO	35
4.3 INTERVENÇÕES ENCONTRADAS	3737
4.4 MOMENTO MAIS MARCANTE E A EXPERIÊNCIA NO PARTO	39
4.5 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIO DA DOR.....	40
4.6 ATENDIMENTO HUMANIZADO	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
6 REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE.....	50
APÊNDICE A.....	50
ANEXOS	522
ANEXO A.....	533
ANEXO B.....	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

O nascimento de uma nova vida em todas as culturas e gerações humanas sempre despertou as mentes e os corações (BRASIL, 2014). O parto por sua vez é um evento social, emocional e biológico, para cada mulher ele vai ser único e estará ligado à sua história de vida, suas crenças e seus valores, nesse contexto as mulheres devem ser respeitadas e tratadas como protagonistas desse momento (AIRES, 2017). O parto é o momento final da gestação, ou seja, é a expulsão do feto, que pode ocorrer por via vaginal ou transabdominal durante a cesariana (ARAUJO et al, 2015).

Antigamente, o trabalho de parto ocorria no ambiente domiciliar, onde a mulher era assistida por outras mulheres denominadas parteiras ou aparadeiras a qual fosse de confiança sua e de sua família. Já no século XX, com as altas taxas de mortalidade infantil e materna, o parto passa do ambiente domiciliar para o hospitalar, tornando-o medicalizado (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

A hospitalização do parto foi um fator determinante para afastar a família do processo de nascimento, pois as rotinas e estruturas hospitalares visam atender as demandas dos profissionais de saúde e não das parturientes, desrespeitando a autonomia das mulheres. Isso reflete na parturiente sentimento de insegurança e ansiedade, pois a perda de contato humano e da presença familiar pode atrapalhar a evolução do trabalho de parto, dessa forma, esse modelo trouxe prejuízos à saúde materna e neonatal (AIRES, 2017).

Atualmente, sabemos que essas intervenções são desqualificadoras dos cuidados oferecidos a parturiente, principalmente quando sua família e direitos são desconsiderados no processo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm proposto mudanças para alterar esse cenário. As mudanças salientam o cuidado prestado às mulheres, trazendo o resgate do parto natural (POSSATI et al., 2017).

Isso fortalece a atuação das enfermeiras obstétricas e das equipes qualificadas para prestar os cuidados na gestação e no parto, além de ações incentivando o parto como processo natural que deve ser conduzido a partir do

panorama da humanização. O conceito humanização no parto apresenta um novo olhar que compreende o mesmo como uma experiência humana. O acolhimento, o ouvir, orientar e a criação de vínculo profissionais/parturiente/acompanhante são aspectos importantes para assistir as mulheres (POSSATI et al., 2017).

Todos os prestadores de assistência de todo processo de nascimento devem proporcionar um ambiente com humanismo e carinho. O local de cuidado da mulher deve ser aberto a mudanças, sem rotinas rígidas que não podem ser mudadas, isso faz com que a mulher tenha liberdade para expressar seus sentimentos e necessidades. Deve ser um ambiente onde a mulher se sinta segura e protegida pela equipe que presta cuidados a ela (BRASIL, 2014).

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo visou identificar a experiência de mulheres no acesso e no processo de nascimento em um hospital 100% SUS. O estudo buscou mostrar a opinião das puérperas em relação ao atendimento no hospital e identificar se a experiência delas foi positiva ou negativa.

O atendimento as gestantes no processo de nascimento nesse Hospital iniciaram em dezembro de 2018 considerando-se um centro de referência novo. Pretendeu-se contribuir para que o Hospital tenha conhecimento relacionado à assistência prestada, baseado nas respostas do público alvo citado, às experiências das mulheres que tiveram parto anterior em outro ambiente hospitalar com a mesma finalidade, levando-se em consideração que o hospital de estudo até o momento já teve cerca de 5.000 nascimentos.

Propondo a qualidade do cuidado, o hospital poderá, após a finalização do estudo, promover ações através dos resultados obtidos visando à melhoria continua do cuidado prestado as mulheres no momento da parturição.

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Quais foram às experiências das mulheres referentes ao atendimento recebido no processo de nascimento em diferentes ambientes hospitalares?

1.4 PRESSUPOSTOS

- a) As mulheres têm uma boa experiência no processo de nascimento;
- b) A enfermagem tem um papel de grande importância no processo de nascimento dentro da instituição;
- c) As mulheres citam vários elementos da humanização presentes no atendimento recebido;
- d) O atendimento especializado da instituição garante as mulheres qualidade e segurança no processo de nascimento;
- e) As mulheres consideram a experiência no hospital de estudo mais humanizada e qualificada.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Geral

Descrever as experiências das mulheres referentes ao atendimento recebido no processo de nascimento em diferentes ambientes hospitalares.

1.5.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar se o atendimento recebido dentro no hospital de estudo é qualificado e humanizado.
- b) Descrever a percepção das mulheres para o papel/participação que a enfermagem tem no processo de nascimento;
- c) Listar os elementos de humanização que as mulheres relatam estar presente no processo de nascimento no hospital de estudo;
- d) Avaliar como a instituição com atendimento especializado influência a

- experiência das mulheres no processo de nascimento;
- e) Registrar as experiências das mulheres no processo de nascimento nos diferentes ambientes hospitalares;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROGRAMAS E HUMANIZAÇÃO

Para um parto seguro é necessária uma rede de atenção à saúde materno-infantil de forma a propiciar integralidade no cuidado. A legislação brasileira assegura à gestante, através do Sistema Único de Saúde (SUS) um vínculo com a maternidade onde será assistida no parto. Atualmente existem várias políticas, programas e diretrizes de saúde que asseguram a assistência ao parto (SOUSA; ARAUJO; MIRANDA, 2017).

Um desses programas é a Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2000, ele procura assegurar o acesso, melhorar a cobertura e a qualidade nos acompanhamentos de pré-natal, parto, puerpério e neonatal. Segundo o referido programa, a primeira condição para um acompanhamento adequado do parto e puerpério é o direito a humanização da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2002).

Para Armellini e Luz (2003), o movimento da humanização na última década vem crescendo gradativamente. A assistência humanizada prestada a mulher no processo de nascimento significa entender a mulher e sua família em suas particularidades, respeitando não só as questões biológicas, mas todos os fatores sociais, éticos, educacionais e psíquicos envolvidos no processo (MILBRATH et al., 2010).

Segundo Paiva e Assis (2016), o parto humanizado:

ocorre em âmbito de respeito à natureza e à vontade da gestante, desde que não haja risco a saúde materno-fetal, o que garante o bem-estar da parturiente e do bebê. Ele envolve uma escuta e trabalho qualificados, reconhecimento das necessidades e segurança. O parto humanizado diferencia-se do parto normal pela centralização das atitudes profissionais nas necessidades, do protagonismo e empoderamento da parturiente.

De acordo com Nagahama e Santiago (2011) existem inúmeros conceitos para parto humanizado, além disso, esses conceitos são polêmicos e podem ser explorados e complementados. Nesse estudo será adotado o conceito de Matei et al. (2003) que diz que “humanizar o parto é reconhecer sua importância para os pais e o filho, respeitando a liberdade da mulher, permitindo-lhe controlar o seu próprio

processo de parto, cabendo-lhe escolher onde, como e com quem parir”.

O PHPN coloca a humanização como o principal elemento para a assistência obstétrica e ao recém-nascido, assim o processo de nascimento pode ter um acompanhamento adequado. O MS da saúde compreende que o movimento da humanização tem dois aspectos principais, o primeiro é sobre o dever que as unidades de saúde têm de receber e respeitar a mulher, seus familiares e o recém-nascido, o segundo aspecto fala sobre os procedimentos e as medidas que são benéficas para o processo de nascimento, sem intervenções desnecessárias (FUJITA; SHIMO, 2014).

As mesmas autoras ainda trazem que o parto é um evento social, integrador e que corresponde a vivência reprodutiva de homens e mulheres, é uma experiência especial na vida, e envolve toda uma família e comunidade. Por isso que o cuidado que é recebido durante essa experiência tem grande impacto na vida dos envolvidos, esse impacto pode ser positivo ou negativo e apresentar grande repercussão.

2.2 ACOLHIMENTO E A EQUIPE

De acordo com o MS (2014) os integrantes da equipe devem encorajar na mulher a sua valorização e fortalecer sua dignidade além de aumentar a autoestima e estimular ela a participar e planejar o seu cuidado. É importante que ela entenda que sua visão e suas vontades serão respeitadas, desde que não apresentem risco para a saúde materno-infantil, quando apresentar riscos, os mesmos deverão ser expostos e explicados a parturiente (BRASIL, 2014).

O estabelecimento do vínculo entre os profissionais que vão prestar assistência e a mulher/acompanhante se dá através do acolhimento. Quando esse acolhimento ocorre de forma qualificada às particularidades e necessidades de saúde podem ser expostas por meio de uma escuta onde o profissional coleta e analisa as informações, bem como identifica medos, inseguranças e expectativas das mulheres (CARVALHO et al.; 2018).

Segundo o MS (2003), o acolhimento é o reconhecimento do que o indivíduo apresenta como autenticamente em suas necessidades de saúde. Acolher deve nutrir e estabelecer uma relação entre os serviços/profissionais e os pacientes.

Visando as boas práticas de saúde, o acolhimento deve ser coletivo, analisando os processos de trabalho e objetivar estabelecer uma relação de confiança comprometida, além da criação de vínculo entre os serviços/profissionais e os pacientes (BRASIL, 2014).

Segundo Milbrath, et al. (2010), a complexidade de um processo de parturição, seja ele normal ou com intercorrências, faz-se necessário um acompanhamento, com base no vínculo entre o profissional de saúde e a mulher.

De acordo com o autor referido o apoio emocional se dá através de um acompanhante de escolha da mulher, isso faz com que a mesma tenha apoio para resistir à dor e a tensão. Assim, o acompanhante precisa que os profissionais de saúde o ajudem a prestar assistência à mulher. Os profissionais devem estar prontos para prestar assistência a mulher e cientes da importância que o acompanhante tem para a mulher dentro do processo de nascimento.

Para o trabalho de parto se desenvolver, a mulher deve estar bem emocional e fisicamente, isso faz com que os riscos de complicações diminuam. Por isso, é necessário que a mulher tenha privacidade, conforto e segurança, bem como uma assistência humana de qualidade (GOMES et al.; 2014).

2.3 LOCAL DE NASCIMENTO

A adoção por parte dos profissionais de uma postura ética e solidária diz respeito ao dever das instituições de saúde de receberem a mulher, familiares e o recém-nascido com dignidade, assim a instituição deve criar um ambiente acolhedor e com condutas hospitalares que rompam o isolamento imposto à mulher (BRASIL, 2002).

O MS dispõe que o ambiente hospitalar para o parto deve ser acolhedor e propiciar a parturiente e familiar assistência e comodidade, dessa forma a mulher vai encontrar um ambiente que favoreça uma boa experiência no processo de nascimento. Alguns lugares que possibilitem a mulher maior liberdade para se movimentar e socializar com a sua família são recomendados, como pequenos jardins ou locais que transmitam calma por exemplo.

Outro conceito importante a se adotar, são os quartos pré-parto, parto e pós-parto (quartos PPP), esse possibilita a mulher uma assistência integral, desde o

primeiro acolhimento na instituição, assim a mulher não precisa ficar trocando de ambientes durante o processo de nascimento. Além dos ambientes citados e dos quartos PPP, existem outras opções para potencializar os desejos das mulheres, como camas que possibilitam diversas posições durante o processo de nascimento. Além disso, em caso de emergência, essas camas facilitam algumas possíveis intervenções.

Sendo assim, o Centro Cirúrgico (CC) deve ser usado somente em caso de cesarianas ou partos mais complicados. Visando as possibilidades de local, e as alternativas de intervenções, a família e as parturientes devem estar sempre informadas da evolução do processo de nascimento, além dos riscos e benefícios e as eventuais necessidades de mudanças de cenários ou realização de técnicas mais invasivas. Importante ressaltar, que sempre que possível a mulher deve ter o papel principal de escolha do seu processo de nascimento, devendo optar e questionar sempre que sentir necessidade, cabendo ao profissional/equipe que está prestando assistência sanar suas dúvidas e explicar as necessidades de intervenções (caderno humaniza SUS).

2.4 MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA ALIVIO DA DOR

Apesar de o parto ser um fenômeno natural, ele pode vir acompanhado da dor, a parturiente não deve ser censurada no seu despreparo no trabalho de parto e no parto, levando em conta que cada uma tem uma forma única de passar por esse momento e devendo ter suas individualidades respeitadas pelos profissionais. Essa dor é uma manifestação comum durante a evolução do processo de nascimento, pode ser caracterizada por fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais (MAFETONI; SHIMO, 2014).

Por tanto, devem ser adotados procedimentos benéficos para o acompanhamento da mulher, evitando ao máximo intervenções desnecessárias que não vão beneficiar a mulher ou que possam oferecer riscos a mesma (BRASIL, 2002).

Quando possível, se a mulher estiver de acordo, existem algumas alternativas para alívio da dor, métodos não farmacológicos e não invasivos que podem ser aplicados, como massagens lombo sacrais, exercícios respiratórios,

deambulação, posições diferenciadas, banhos de imersão ou aspersão, exercícios respiratórios, dentre outras técnicas. Tais técnicas são recomendadas pelo MS e podem ser alternativas para técnicas mais invasivas, como enema, tricotomia, episiotomia, amniotomia, além de apresentarem maiores benefícios para a mãe e o bebê (HANUM et al., 2017).

Essas técnicas vêm para substituir o uso de anestésicos e analgésicos durante o processo de nascimento. Visando isso, esses métodos devem ser incentivados através da recomendação dos profissionais que estão assistindo à parturiente. Essas práticas têm por objetivo tornar o parto o mais natural, diminuindo intervenções como cesarianas desnecessárias e administração de fármacos (SILVA et al., 2011).

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A PHPN permitiu que os partos de baixo risco fossem assistidos por enfermeiras obstétricas. A enfermagem obstétrica é composta por várias etapas e muitos desafios, um deles é minimizar o sofrimento materno durante o processo de nascimento (SILVA et al., 2018). Segundo o mesmo autor, a enfermagem obstétrica tem papel fundamental para a assistência humanizada, estudos mostram que ocorreu uma diminuição das intervenções, o que refletiu em um parto com mais qualidade, pois as mulheres passam a ter maior controle sobre a experiência.

Acredita-se que 70% a 80% das gestações sejam de baixo risco no início do processo de nascimento, dessa forma, a enfermeira obstetra é o melhor profissional para acompanhar e cuidar, trazendo um melhor custo-efetividade, para a assistência durante o período gestacional e o processo de nascimento, lembrando que a enfermeira obstetra tem competência para avaliar os possíveis riscos e reconhecer possíveis complicações (VELHO et al., 2010).

Segundo esse autor, as recomendações do MS para a atenção obstétrica e neonatal, apresentam que o atendimento de qualidade e humanizado requerem condutas benéficas, além de não realizar intervenções que não sejam necessárias, respeitando a ética, a privacidade e autonomia das parturientes, que devem participar ativamente das decisões e das condutas que serão adotadas.

De acordo com Aquino et al. (2011), a enfermeira obstétrica promove os

cuidados as gestantes, parturientes, puérperas, familiares e recém-nascidos, buscando possibilitar um processo de nascimento normal e seguro, que vise as demandas físicas, emocionais e culturais das parturientes. A enfermeira obstétrica deve atuar de forma integrada ao restante da equipe, porém ela deve poder agir autonomamente e se responsabilizar por toda a assistência de saúde prestada durante a gestação e o processo de nascimento normal.

Esse papel que a enfermagem obstétrica desempenha é importante nos cuidados humanos as parturientes, pois favorece a fisiologia do parto através de técnicas que melhoram o cuidado e o conforto da parturiente. O atendimento desse profissional é composto por habilidades e competências em conjunto com a utilização de técnicas e conhecimentos variados e complexos acompanhando o processo de nascimento e promovendo saúde a parturiente e ao bebe (SILVA et al., 2017).

Segundo o mesmo autor a equipe de enfermagem obstétrica presta a assistência humanizada no cuidado integral e não invasivo, criando um vínculo de confiança entre a paciente e os profissionais, permitindo o compartilhamento de sentimentos, planejamentos e as decisões sobre os cuidados que serão realizados.

2.6 A TRANSIÇÃO DO PARTO DOMICILIAR PARA O AMBIENTE HOSPITALAR

Desde as primeiras civilizações o parto é tratado como um evento natural. Mesmo com as transformações que sofreu ao longo dos anos do seu significado cultural, a atual civilização ainda comemora o processo de nascimento como um dos fenômenos mais marcantes de uma comunidade. Durante anos o parto era um evento de acontecimento entre mulheres, onde as comumente chamadas parteiras realizavam o parto no ambiente domiciliar. Porém, ao longo dos anos e com a chegada da Revolução Industrial e o avanço tecnológico o alto índice de mortalidade materna e perinatal fez com que uma discussão fosse iniciada no ambiente público (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a obstetrícia firma-se como matéria médica onde se inicia as primeiras ações para disciplinar o processo de nascimento. Com isso, o parto passa a ser um evento médico e institucionalizado, onde os aspectos científicos e tecnológicos são os principais, sobrepondo os demais significados. Nesse momento

o processo de nascimento que antes era íntimo, privado e inteiramente feminino, começa a ser visto de maneira pública, onde a mulher não é mais a protagonista, e sim os outros atores sociais (BRASIL, 2001).

De acordo com Vendruscolo e Krueel (2015), essas mudanças fizeram com que o parto que antes era domiciliar se tornasse hospitalizado e medicalizado, o evento antes considerado natural, passou a ser guiado por regras e técnicas. No que diz respeito à mulher/parturiente, que antes era sujeito, passou a ser objeto, ou seja, com pouco ou nenhum direito a opinar. Com a institucionalização do parto, as famílias foram afastadas, pois as estruturas físicas e os ambientes hospitalares não foram planejados para atender as necessidades das parturientes, mas sim, visando o bem-estar dos profissionais de saúde que as assistiam. O momento do parto passou a ser guiado por normas e comportamentos pré-estabelecidos pelas instituições de saúde.

Na última década no Brasil e pelo mundo nota-se um movimento de diversas políticas e portarias que vêm buscando a humanização na assistência prestada as mulheres durante o processo de nascimento. Um dos marcos mais importantes desse processo é a presença de um acompanhante da escolha da mulher para acompanhá-la durante todo o processo.

2.7 TIPOS DE PARTOS

Segundo Teixeira; Pereira (2006), o parto é o acontecimento mais amplo em todo o universo cultural, pois percorre todas as sociedades e espaços.

De acordo com Araujo et al. (2015), processo de nascimento necessita de um ambiente confortável, com privacidade, acolhimento, confiança e segurança, esses fatores são responsáveis por reduzir a ansiedade e o medo da parturiente, intervindo diretamente na evolução do trabalho de parto. A escolha do tipo de parto se coloca principalmente na fase final da gestação. Porém a realidade da escolha não é ofertada para todas as mulheres, normalmente o direito de escolha é um dos benefícios das instituições privadas, que possibilitam a gestante escolherem entre parto vaginal ou parto cesárea. Porém existem instituições públicas que avaliam e respeitam os desejos das mulheres (VENDRUSCOLO; KRUEEL, 2015).

Para tanto, se faz necessário entender os dois tipos de partos e seus benefícios e malefícios. No parto cesárea, que ocorre dentro do CC, o ato compreende a abertura do abdômen e da parede do útero gestante para a retirada do bebê. Essa prática possibilitou a diminuição do uso do fórceps por exemplo. Esse tipo de parto é indicado em situações como:

[...]desproporção fetopélvica; discinésias; placenta prévia; pré-eclampsia grave distocias de parte mole; formas graves de diabetes; antecedentes de operações ginecológicas; sofrimento fetal; prolapso; procúbitos e procedências do cordão umbilical; câncer genital; herpes; primiparas idosas e, para alguns casos de cesariana anterior (MALDONADO, 2002,p. 78)

A cesariana foi se aperfeiçoando e se mostrando positiva na vida de uma mulher, adquirindo cada vez mais espaço, ficando em concorrência com o parto vaginal. A grande maioria das mulheres aceitam esse procedimento como tentativa de fugir da dor do parto. Por outro lado, a mulher que é submetida a esse procedimento, é exposta a possíveis complicações, como anestesia, infecções, episódios de trombos entre outros. O medo de sentir dor durante o processo de nascimento é um dos fatores que levam as parturientes a preferirem partos cesarianos, a fim de diminuir os níveis de dor, isso faz com que o número de intervenções e analgesias aumente durante o processo de nascimento (ARAÚJO et al., 2015).

Segundo Maldonado (2002), o parto vaginal compreende várias outras formas de posições. Podemos citar o parto sem dor, seu objetivo principal é o preparo da parturiente para que ela participe lúcida e cooperativamente, com pouca ou nenhuma analgesia. Também existe o parto vertical, onde a parturiente pode ficar de cócoras, sentada, de joelhos ou de pé.

Outra forma de parto vaginal é o parto na água, indicados para parturientes que fiquem tranquilas e confortáveis na água. Nele a mulher é colocada em um ambiente como uma piscina ou banheira dando mais liberdade para o movimento da sua bacia, dessa forma a dor deve ser mais leve e o bebê passa com mais facilidade pela bacia. Seu objetivo é minimizar a dor da parturiente e o estresse do bebê (ENNING, 2000).

Lembrando que parto normal, quando iniciado de forma espontânea, apresenta um baixo risco durante o processo de nascimento. Ele deve ocorrer entre

as 37 e 42 semanas de gestação. Espera-se que após o nascimento tanto a mãe quanto o bebê estejam em boas condições (ARAUJO et al., 2015).

A OMS recomenda que os atendimentos durante o processo de nascimento busquem a valorização a fisiologia do parto, trazendo assim um equilíbrio entre as novas tecnologias e buscando a valorização das relações humanas, onde a parturiente tenha espaço para exercer a sua cidadania (VELHO et al., 2010).

Segundo o mesmo autor a atual prática assistencial vem buscando direcionar o processo de nascimento como evento fisiológico e natural, com grandes significados para a parturiente e seus familiares. Visto isso, os profissionais de saúde devem estar comprometidos com a qualidade do nascimento, incentivando nas parturientes sua autonomia e segurança, podendo viver o momento do processo de nascimento com inteira participação.

3 MÉTODOS

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO

Para realização desse estudo foi usado uma abordagem descritiva e exploratória, tratando-se de um estudo qualitativo. Esse tipo de pesquisa apresenta uma preocupação com o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. É fundamental o contato direto do pesquisador com o ambiente estudado. As pesquisas qualitativas tendem a ser descritivas, pois a palavra escrita ocupa um papel fundamental na aquisição dos dados, tanto na divulgação dos resultados obtidos. Uma das possibilidades para a apresentação dos dados seria a transcrições de entrevistas (GODOY, 1995).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em um Hospital Materno Infantil localizado na região carbonífera.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram puérperas que tiveram pelo menos um parto em outro ambiente hospitalar diferente do local de estudo, com a finalidade de registrar suas experiências em diferentes ambientes contribuindo com uma melhor assistência de enfermagem no momento do nascimento.

A amostra foi composta pelas primeiras 15 puérperas que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do TCLE.

O sigilo da fonte de informação foi mantido através da identificação das participantes com nomes de frutas escolhidos pela autora da pesquisa.

3.3.1 Critérios de inclusão

- a) Puérperas;

- b) Mulheres que tiveram pelo menos um parto em outro ambiente hospitalar;

3.3.2 Critérios de exclusão

- a) Menores de 18 anos;
- b) Mulheres que estavam no primeiro parto;
- c) Mulheres que não se encontrem em condições físicas, emocionais e cognitivas;

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista com questões abertas e fechadas. Após a assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o mesmo lido e explicado para cada participante. A coleta de dados foi realizada pela responsável pela pesquisa com as puérperas internadas na maternidade do hospital.

Para o desenvolvimento do estudo foram seguidas as seguintes etapas:

1º Momento: Desenvolvimento e finalização do projeto e apresentação para banca composta de professores;

2º Momento: O projeto foi encaminhado para a Comissão de Ética em Pesquisa da UNESC, e após a aprovação iniciou-se a pesquisa;

3º Momento: Foi realizada a entrevista através do instrumento de coleta de dados com as participantes da pesquisa;

4º Momento: Transcrição das entrevistas e agrupamento das respostas com características semelhantes, levantamento de referências bibliográficas para construção da discussão;

5º Momento: Análise e discussão dos dados;

6º Momento: Apresentação dos resultados;

7º Momento: Considerações finais;

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista com questões abertas e fechadas (Apêndice A). A entrevista de coleta de dados foi desenvolvida pelos proponentes dessa pesquisa.

O instrumento foi dividido em duas partes, a primeira com perguntas para analisar os dados sócios demográficos das pacientes, bem como as características do seu parto, e a segunda com perguntas abertas para registrar sua opinião sobre o atendimento recebido no local de estudo.

A entrevista foi realizada no período de 10 a 21 de setembro de 2020, no período vespertino no setor da maternidade no hospital de estudo. As entrevistas levaram em torno de 20 minutos e foram guiadas pelo instrumento de coleta e gravadas.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados as entrevistas foram transcritas e analisadas. De acordo com Minayo (2001), a análise dos conteúdos é como um grupo de técnicas. A mesma autora ainda sugere uma organização por etapas para fazer a análise dos conteúdos. A criação de um roteiro didático para o tratamento dos dados facilita o cruzamento dos mesmos e as idas e vindas durante o processo de análise. Para a análise de dados será utilizado o modelo de Minayo.

Portanto, a análise dos dados foi dividida em três momentos. O primeiro momento foi realizado uma pré-análise das respostas, ou seja, uma organização dos dados, nessa etapa foi desenvolvida uma tabela pelo Excel que permitiu uma visualização dos dados transcritos. Após foi realizado uma retomada para os objetivos propostos e a pergunta de pesquisa e nessa fase o iniciou uma construção dos indicadores.

No segundo momento foi desenvolvida uma exploração do material encontrado, com a busca por referências dos índices e um isolamento dos dados, para então iniciar o agrupamento por temáticas semelhantes. No terceiro momento foi realizado o tratamento e interpretação dos resultados obtidos, onde se buscou embasamento teórico para elaborar a discussão.

3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao CEP da UNESCO, de acordo com a Resolução 466/2012, CEP 4.113.856. Todas as participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos e aceitaram participar mediante a assinatura do TCLE.

A pesquisadora assinou o termo de confidencialidade (Anexo B), garantindo o anonimato dos dados. A coleta de dados só iniciou após a aprovação do CEP.

O risco aos participantes da pesquisa é perda de confidencialidade dos dados coletados, porém cada participante da pesquisa será apelidada com nomes de frutas, assegurando seu anonimato.

Como benefício à pesquisa possibilitará ao local estudado promover ações através dos resultados obtidos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL E HISTÓRICO OBSTÉTRICO DAS PUÉRPERAS

Tabela 1: Perfil das Puérperas

Perfil Sociodemográfico	N	%
Faixa Etária		
De 22 a 30 anos	7	46,7%
De 31 a 36 anos	8	53,3%
Estado Civil		
União estável	8	53,3%
Casada	4	26,7%
Divorciada	2	13,3%
Solteira	1	6,7%
Profissão		
Do lar	7	46,7%
Operadora de caixa	2	13,3%
Ajudante Confeitaria	1	6,7%
Auxiliar de produção	1	6,7%
Costureira	1	6,7%
Operadora de máquina.	1	6,7%
Professora	1	6,7%
Técnica de Enfermagem	1	6,7%
Cidade onde reside		
Criciúma	8	53,3%
Içara	3	20,0%
Cocal do Sul	1	6,7%
Forquilha	1	6,7%
Morro da Fumaça	1	6,7%
Nova Veneza	1	6,7%
Total	15	100%

É possível observar que as puérperas entrevistadas encontravam-se na faixa etária entre 22 e 36 anos de idade (Tabela 1). A maioria das mulheres (12) são casadas (26,7%) ou estão em união estável (53,3%). Além disso, podemos observar que a ocupação que mais prevaleceu foi puérperas do lar (7). Ao que tange a idade das puérperas entrevistadas, devemos levar em consideração que o foco da pesquisa foram mulheres que já tinham outros partos em diferentes ambientes hospitalares, isso pode ter influenciado na faixa etária encontrada.

Autores trazem que a melhor idade para a primeira gestação seja entre os 18 e 20 anos, pois a mulher está em desenvolvimento fisiológico e anatômico, porém esses limites foram estendidos devido ao desenvolvimento somático e psicológico das mulheres e das questões preventivas que regem a assistência obstétrica. Dessa forma, os limites fisiológicos para a primeira gestação são 16 anos (primigesta precoce) e 35 anos (primigesta tardia). Essas idades são consideradas como um fator para maiores riscos obstétrico (ARAUJO et al., 2015).

Segundo Silva e Surita (2009), nos países desenvolvidos nota-se um aumento nas gestações em mulheres com mais de 35 anos, como nos Estados Unidos (EUA) em 2005, 14% das gestações foram em mulheres acima de 35 anos. Os mesmos autores ainda trazem que a idade média em primeiras gestações aumentou em países como EUA (25,2), Suécia (28,3) e Canadá (29,6). Já nos países em desenvolvimento, a maioria das gestações tardias (acima de 35 anos) ocorre em mulheres que apresentam maior risco obstétrico, são mulheres que iniciaram a vida reprodutiva mais cedo, ou seja, múltíparas.

No que diz respeito à ocupação, a maioria das mulheres são do lar (7), indo ao encontro de outros estudos, mostrando que as mulheres ainda são dependentes financeiramente de seus companheiros, e que esses não desempenham funções domésticas (ARAUJO et al., 2015).

Quanto ao estado civil, predominou mulheres casadas (4) ou em união estável (8). Araujo; et al (2015) diz que o estado civil é um aspecto importante, pois a falta de uma figura paterna, pode impactar na instabilidade financeira de uma família.

Quadro 1: Histórico Obstétrico das Puérperas

Apelido	Número de gravidez	Número de partos	Número de filhos	Partos	Tempo em trabalho de parto	Tipo de parto atual
Ameixa	3	2	2	C2 A1	5 horas	Cesárea
Banana	3	3	3	C1 V2	Imediato	Vaginal
Laranja	5	5	3	V2 C3	Indução	Cesárea
Maça	3	3	3	V3	10 horas	Vaginal
Abacaxi	3	3	3	V3	13 horas	Vaginal
Pêra	5	4	4	A1 V4	29 horas	Vaginal
Abacate	3	2	2	A1 C1 V1	17 horas	Vaginal
Pitanga	4	4	4	V4	4 horas	Vaginal
Uva	5	3	3	A2 V3	28 horas	Vaginal
Jabuticaba	4	4	4	C1 V3	16 horas	Cesárea
Pêssego	2	2	2	C2	9 horas	Cesárea
Melancia	2	2	2	C1 V1	4 horas	Vaginal
Mamão	2	2	2	V2	5 horas	Vaginal
Morango	2	2	2	V2	15 horas	Vaginal
Manga	2	2	2	C2	Imediato	Cesárea

Tabela 2: Histórico Obstétrico

Histórico obstétrico	n	%
Número de gravidez		
Duas	5	33,3%
Três	5	33,3%
Quatro	2	13,3%
Cinco	3	20,0%
Número de partos		
Dois	7	46,7%
Três	4	26,7%
Quatro	3	20,0%
Cinco	1	6,7%
Número de filhos		
Dois	7	46,7%
Três	5	33,3%
Quatro	3	20,0%
Tempo de Trabalho de Parto		
Imediato	2	13,3%
Induzido	1	6,7%
De 4 a 10 horas	6	40,0%
De 13 a 17 horas	4	26,7%
De 28 a 29 horas	2	13,3%
Tempo de Pós Parto		
De 3 a 8 horas	6	40,0%
De 15 a 18 horas	7	46,7%
De 14 a 26 horas	2	13,3%
Parto Atual		
Cesárea	5	33,3%
Vaginal	10	66,7%
Total	15	100%

Das puérperas entrevistadas podemos encontrar 5 partos cesáreas e 10 partos vaginais. A decisão sobre a via de parto envolve vários fatores, levando em consideração os riscos e benefícios e as possíveis complicações. A PHPN diz que as parturientes têm direito a livre escolha da sua via de parto, este deve ser

respeitado, devendo está ser orientada e acompanhada durante todo o processo (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

São vários os benefícios do parto vaginal, para a parturiente e para o bebê, podemos citar uma rápida recuperação, menor índices de infecção hospitalar. Dessa forma, essa via de parto proporciona a parturiente uma recuperação praticamente imediata, possibilitando que a mesma consiga exercer suas atividades sem recuperação de uma cirurgia ou influência de anestesia (BRASIL, 2015).

A pesquisa de Silva, Prates e Campelo (2015) e Merchiori, et al (2009), dizem que a decisão da via de parto entre as puérperas é acompanhada de um sentimento de dúvidas. A via de parto vaginal foi a mais escolhida pelas puérperas buscando uma recuperação mais rápida. Já as puéperas que escolheram o parto via cesárea, a justificativa foram experiências anteriores que não foram positivas, ou por medo da dor no processo de nascimento.

Nesse estudo podemos notar através das falas de duas puérperas como ter a opção de escolha no processo de nascimento é benéfico:

“No último hospital passou da hora de nascer, expus meu medo. Eu não tenho dilatação, tenho 3 filhos e 3 cesáreas, não tive dilatação, estava sofrendo, pedi pra médica fazer a cesárea pois estava com dor” (Pêssego, 34 anos).

“lá não tive incentivo para o parto normal, foi logo agendado cesárea, senti que um direito tivesse sido tirado. Aqui fiz o que eu quis, sempre com as orientações necessárias” (Melancia, 28 anos).

Autores trazem que é necessária uma boa relação entre paciente e o profissional que irá prestar a assistência, uma boa comunicação facilita a aproximação entre paciente e profissional, criando um espaço de exposição de dúvidas e medos (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

No que diz respeito ao tempo e permanência em trabalho de parto após a admissão no hospital, variou entre imediato e 29 horas. A OMS (2018) apresenta que os profissionais de saúde devem informar as parturientes saudáveis que o tempo do processo de nascimento pode variar muito de uma mulher para a outra. Além disso, a parturiente deve ser orientada e ouvida durante todo o processo de nascimento.

Quando ao tempo de pós parto no momento da realização da entrevista com as puérperas na maternidade do hospital, variou de 3 horas até 26 horas no pós parto.

Segundo Leite et al (2013), sabe-se que o período puerperal inicia após o parto, esse período pode ser dividido em 3 partes. O primeiro é o imediato que ocorre entre o 1º e o 10º dia após o parto, o segundo é o tardio, ocorrendo entre o 11º e 42º dia e o terceiro é o período remoto, que ocorre a partir do 43º dia.

Ao decorrer desse período os efeitos involutivos atingem o organismo da puérpera, onde ocorrem diversas mudanças físicas, fisiológicas e psicológicas, levando em conta que é um momento novo de criação de laços, aprendizados e consolidações. Durante esse período e levando em consideração todos os efeitos de mudança, é importante que não ocorra negligência com a puérpera, pois se trata de um momento muito marcante.

4.2 EQUIPE E LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PARTO

Das entrevistadas 12 relataram que o parto foi realizado pelo médico, 1 pela enfermeira, 1 pela médica e pela enfermeira e 1 disse que foi toda a equipe multidisciplinar. Importante considerar que dos 12 partos realizados pelo médico 5 (33,3%) deles foram partos cesáreos. Podemos identificar que a maioria dos partos foi realizada pela equipe médica.

Por outro lado, quando questionadas sobre a assistência de enfermagem recebida as puérperas consideraram o atendimento recebido como ótimo, maravilhoso e muito bom. Se questionadas quando ao atendimento de toda a equipe, desde o primeiro atendimento na recepção até o atendimento recebido na maternidade, as puérperas classificaram o atendimento como muito bom e ótimo. Podemos ver isso no relato de uma das entrevistadas sobre o atendimento da enfermeira:

“Ótima, a médica teve que sair para um intercorrência, e eu fiquei com a enfermeira, foi muito bom.” (Manga, 28 anos).

O estudo de Ferreira et al (2016), identificou nos discursos das mulheres uma ênfase positiva quanto a atenção prestada pelos profissionais de enfermagem no processo de nascimento.

O estudo de Ferreira et al (2012), diz que:

“quando o profissional de saúde promove a participação da mulher em seu parto, contribui com a diminuição ou eliminação das sensações de medo, dor, angústia e pânico, através da comunicação”

De acordo com o mesmo autor, essas atitudes podem refletir no comportamento da parturiente, contribuindo para uma experiência menos amedrontadora, pois estimulam sentimentos de segurança e confiança. A enfermagem é fundamental para detectar e avaliar o evento doloroso, independente de causa, tempo ou tipo, podendo minimizar a dor.

O enfermeiro tem um papel fundamental durante esse processo. O cuidado que esse profissional desempenha é baseado na comunicação e no apoio, favorecendo a criação de vínculo efetivo entre parturiente e enfermeiro. Tal comunicação é capaz de gerar autoestima, apoio, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação no processo de nascimento (LOPES et al., 2009).

Segundo Velho; Oliveira; Santos (2010), a enfermeira obstetra é a profissional que vai acompanhar o processo de nascimento e que as mulheres valorizam essa profissional, pois esse acompanhamento incansável possibilita confiança e auxilia no processo de detecção de intercorrências que possam surgir.

Sabemos que a confiança e uma boa relação entre equipe prestadora da assistência e parturiente é fundamental para o desenvolvimento do trabalho de parto, a parturiente deve estar segura para expor seus sentimentos, medos e angústias, o vínculo criado com a equipe que está prestando assistência vai favorecer o processo de nascimento.

Quanto ao local, das entrevistadas 5 o parto foi no CC, 1 ganhou no setor de triagem do hospital, 1 ganhou na banqueta de parto vertical no quarto PPP e as demais nos leitos dos quartos PPP.

Os quartos PPP foram adotados através da normatização da RDC 36/2008 e implantados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tal documento apresenta a criação de salas de pré-parto, parto e pós-parto, objetivando

um ambiente tranquilo e acolhedor, durante todas as fases do processo de nascimento. (BERNARDO et al., 2020).

De acordo com o mesmo autor, tal quarto favorece a aplicação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de favorecer o papel do acompanhante durante o processo de nascimento.

4.3 INTERVENÇÕES ENCONTRADAS

Quando questionadas sobre as intervenções, 8 puérperas relataram que foram realizadas pelo menos uma intervenção durante o processo de nascimento. Entre as intervenções relatadas pelas puérperas podemos destacar o uso do leve prostol via vaginal, antibióticoterapia, soro com ocitocina e sutura devido à laceração no período expulsivo. Das mulheres que foi aplicado alguma forma de intervenção, em 3 delas foi realizado parto cesárea.

De acordo com a OMS, as intervenções realizadas devem visar resultados físicos, emocionais e psicológicos positivos para a parturiente e seu bebê, isso se faz através do empoderamento da parturiente, possibilitando a ela escolha sobre as possíveis intervenções necessárias. Romano e Lothian (2008), concluem que as intervenções realizadas durante o processo de nascimento fisiológico na falta de complicações podem aumentar o risco de alterações para a parturiente e o bebê.

Os autores propõem que os cuidados devem ser baseados em evidências para realizar o parto fisiológico, e que as induções, intervenções e restrições devem ser evitadas. A OMS (1996) acentua a necessidade de rever o modelo biomédico de assistência durante a gravidez e o processo de nascimento, pois ainda existe um alto índice de intervenções e medicalização nos países desenvolvidos.

De acordo com Hidalgo-Lopezosa Maestre e Borrego (2016), a ocitocina é o medicamento mais utilizado para estimular o parto, o seu maior benefício é a melhoria das contrações. Ela é usada constantemente na obstetrícia moderna, visando o aumento da atividade uterina e objetivando que o processo de parto evolua para um parto vaginal. No entanto o estudo concluiu que o uso de ocitocina não reduz as taxas de cesarianas.

O estudo de Souza; et al. (2010) concluiu que o uso do leve protol via vaginal é um método efetivo para a indução do parto, mas se faz necessário definir a

dosagem capaz de desencadear o trabalho de parto e com o menor índice de complicações.

Nas últimas décadas diversas pesquisas buscam solução para os traumas perineais que ocorrem no processo de nascimento, os traumas ocorrem nos genitais e podem ser espontâneos (laceração), ou por incisão cirúrgica (episiotomia). As estimativas trazem que aproximadamente 70% das mulheres que tem seu processo de nascimento por via vaginal vão passar por algum trauma perineal, dessas, três quartos provavelmente irão precisar de sutura para melhorar a cicatrização (SANTOS; RIESCO, 2016).

Os mesmos autores ainda trazem que o trauma perineal e sua prevenção estão ligados as principais comorbidades encontradas, são elas: dor, sangramento, infecção, dispauria (dor na relação sexual) e deiscência (abertura de cicatriz ou pontos cirúrgicos), outras consequências que podem ocorrer são equimose, hematoma, fistula retal, incontinência urinária e anal.

Em lacerações de 1º grau é importante o reparo perineal para facilitar a cicatrização. Nas lacerações de 2º grau, o músculo deve ser reparado, também objetivando a melhor cicatrização. Por outro lado, as evidências mostram que não realizar a sutura e os adesivos cutâneos pode causar menos dor do que a sutura em curto e longo prazo (BRASIL, 2019).

As infecções puerperais variam com a população estudada, com o uso de antibióticoterapia profilática, a via de parto (vaginal ou cesárea) e as condições de como o parto se desenrolou. A antibióticoterapia profilática é definida pela administração de um antimicrobiano com pouca toxicidade por um pequeno período de tempo, é administrada a pacientes com o objetivo de reduzir os riscos de infecções em pacientes (COSTA et al., 1998).

A obstetrícia discute o uso de antibioticoterapia profilática nos diferentes tipos de partos, no caso de indicação, é importante analisar a medicação mais indicada, o início para administração e o tempo de uso. No trabalho de parto prolongado (mais de 8 horas de duração) o risco de infecção aumenta, bem como em partos cesarianos, dentre outros fatores (ZIMMERMMANN et al., 2010).

As intervenções são instrumentos que quando bem utilizados podem ser facilitadores do processo de nascimento, porém é importante garantir que elas não serão aplicadas de forma desnecessárias e que ofereçam risco a parturiente e ao

bebê. Além disso, elas são importantes em algumas situações e auxiliam no processo evolutivo do processo de nascimento, bem como na recuperação e prevenção de possíveis complicações do processo.

4.4 MOMENTO MAIS MARCANTE E A EXPERIÊNCIA NO PARTO

Ao responderem à pergunta sobre o momento mais marcante do processo de nascimento, as puérperas destacaram o período expulsivo, o contato imediato pele a pele, o choro do bebê, e o momento em que o bebê pegou o peito.

Sobre o parto, as puérperas relataram que foi rápido, tranquilo, muito bom, doloroso, trabalhoso, incrível, uma experiência diferente da que elas já tinham.

O tipo de parto (cesárea ou vaginal) não teve relação com as respostas quanto às características listadas pelas puérperas.

As puérperas relataram que a estrutura dos serviços disponíveis, estrutura física, material e profissional são facilitadoras no processo de nascimento. Os equipamentos disponíveis auxiliam o processo.

Uma das puérperas relatou que:

“Foi bom, mas o primeiro foi melhor, nesse fiquei muito nervosa, passei mal, mas prefiro os profissionais daqui. Achei que ficaria mais calma, e acabei ficando muito nervosa” (Manga, 25 anos).

“Incrível, estava assustada, mais foi mais rápido do que imaginei” (Maça, 29 anos).

“Foi uma nova experiência, muito bom” (Abacate, 32 anos)

O processo de nascimento é uma das experiências mais marcantes na vida de uma mulher, ele pode ser classificado como um momento de transição para a maternidade. Essa experiência é tão importante, que pode deixar marcas por muitos anos ou pela vida toda, os acontecimentos desse processo e os sentimentos vivenciados serão lembrados em todos os detalhes. O evento do parto pode desencadear altos níveis de ansiedade, medos, excitação e expectativa, podendo interferir na identidade da mulher (LOPES, et al. 2005).

Quanto à dor durante o processo de nascimento sofre influência de vários fatores, entre eles, medo, solidão, insegurança, abandono, prolongamento do

período expulsivo e outros fatores culturais. A dor durante o processo de nascimento, além das contrações uterinas, está relacionada com o contexto psicoafetivo da parturiente. Mesmo sendo um processo fisiológico esperado, o medo e a ansiedade podem interferir na intensidade, pois a dor como o processo de nascimento é totalmente individualizada e pode variar de parturiente para parturiente (OLIVEIRA et al., 2010).

Lopes et. al (2009), traz que o processo de nascimento e a satisfação das mulheres está conectada a muitos fatores. Como a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos sobre o processo, e a assistência recebida pelos profissionais durante o processo de nascimento.

O estudo de Lopes et al (2009), concluiu que a calma, a tranquilidade, a segurança estavam relacionadas com a assistência recebida pelos profissionais de saúde durante o processo de nascimento, pois a relação estabelecida permitia liberdade para expor seus sentimentos facilitando o processo. O mesmo estudo ainda mostra que as puérperas consideraram a experiência positiva e que a dor que acompanha o processo é aliviada após o nascimento. Além disso, o momento do nascimento foi descrito como permeado de emoções e pela magia de ser mãe.

O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido (RN) deve ocorrer logo após o parto e ser contínuo, ele mantém a mãe e RN calmos, facilitando com que ambos entrem em sintonia, além disso, trazem benefícios como estabilização sanguínea e dos batimentos cardíacos além de estabilizar a respiração da criança. Esse contato imediato, também pode diminuir o choro e o estresse do RN, fazendo com que este perca menos energia e mantém o bebê aquecido, pois recebe calor de sua mãe (MATOS et. al, 2010).

Quanto à amamentação na primeira hora de vida do RN, torna a sucção eficiente, aumentando a duração e prevalência da lactação, além disso, tem grande influência positiva na relação mãe e bebê. Esse contato íntimo, frequente e duradouro é fundamental para o estabelecimento de laços. Ele possibilita a mãe um maior entendimento das necessidades do RN, auxiliando na transição do bebê para fora da barriga.

4.5 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR

As mulheres relataram usar a bola e o chuveiro, além da liberdade de escolha para fazer coisas que aliviassem a dor.

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor fazem parte do processo da humanização do processo de nascimento, eles podem estar presentes associados às informações fornecidas pelos profissionais de saúde durante esse processo. Durante o processo, os cuidados devem estar voltados para equilibrar todos os fatores, proporcionando a parturiente conservar sua energia para enfrentar a dor. As intervenções não farmacológicas visam substituir, dentro do possível, os anestésicos e analgésicos durante o processo de nascimento (OSÓRIO et al., 2013).

As mesmas autoras ainda trazem que para a enfermagem é fundamental para a aplicação desses métodos e desenvolvimento de sua autonomia e resgate científico. Tais cuidados devem ser vistos, pois são mais seguros e resultam em menos intervenções. Essas técnicas podem aliviar a dor, além de recuperar os significados fisiológicos do processo de nascimento.

A bola suíça quando utilizada no processo de nascimento, permite que a parturiente fique em posição vertical, sentada e com um leve movimento pélvico, trabalhando os músculos do assoalho pélvico. Dessa forma a parturiente fica livre para se movimentar, fazendo exercícios perineais e participando ativamente do processo de nascimento, facilitando a descida e a rotação da apresentação fetal (BARBIERI et al., 2013).

De acordo com as mesmas autoras o banho quente, é um método não invasivo de estimulação cutânea de calor superficial, pois quando associado à intensidade e tempo pode produzir um efeito local, regional e geral. Ele é realizado em uma temperatura de mais ou menos 37°C e está associado com a diminuição da dor e ansiedade durante o processo de nascimento, diminuindo o estresse, melhorando o padrão das contrações e corrigindo a distócia uterina.

A utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor é um instrumento fundamental para se construir um processo de nascimento humanizado, diversos estudos mostram a eficiência do uso desses métodos e a diminuição de intervenções. As puérperas desse estudo se mostraram satisfeitas com os serviços disponíveis, mesmo as que relataram não fazer uso dos meios disponíveis, relataram que os mesmos foram oferecidos pela equipe que estava prestando assistência.

4.6 ATENDIMENTO HUMANIZADO

Quando questionadas se consideravam o atendimento do hospital e da equipe humanizado, todas as entrevistadas disseram que sim.

Sobre os aspectos presentes da humanização citados pelas puérperas, podemos destacar: acolhimento, individualidade, liberdade, esclarecimentos, atenção, assistência, dedicação, preocupação, bom atendimento, o processo facilitador, a calma, a paciência dos profissionais, a estrutura, orientações, segurança e incentivo. Podemos notar isso nos relatos:

“Foi o melhor hospital, acolhimento, maneira, humanização, serviço. Tem lugares que acham que nós temos que sentir dor, aqui fizeram de tudo para facilitar” (Banana, 31 anos).

“A quantidade de pessoas na assistência [...], só fiz o que eu quis, sempre com as orientações necessárias, o bebê estar sempre junto” (Melancia, 28 anos).

“A dedicação profissional, a preocupação da equipe” (Manga, 25 anos).

“Foi melhor que os anteriores, a equipe se preocupa, te dão força [...], os outros hospitais não tem essa estrutura, não são realizados exames, tempo de permanência no hospital” (Pitanga, 33 anos).

“Os dois foram muito bons, mas a forma do atendimento aqui, o jeitinho que elas têm” (Mamão, 33 anos)

Como visto anteriormente, a humanização vem sendo discutida e incentivada pelos órgãos de saúde por meio de portarias e decretos que visam melhoria da qualidade da assistência. No atendimento obstétrico não é diferente. A equipe que assiste a parturiente durante o processo de nascimento é essencial para

implantar o parto humanizado. O profissional que mais se destaca e tem capacidade para isso é o enfermeiro obstetra (ALMEIDA et al., 2015).

O estudo de Diniz (2005), concluiu que “o termo humanização do parto refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudanças nas práticas”. Podemos notar no relato das puérperas que o atendimento do hospital é humanizado, pois é possível identificar vários traços da humanização em suas falas, bem como a satisfação com o processo de nascimento e a assistência recebida.

Quando questionadas se o hospital precisava mudar, acrescentar ou melhorar alguma coisa, 13 mulheres relataram não ter nada a melhorar, enquanto 2 relataram que a comida estava pesada e que não estavam de acordo com a nutrição de uma paciente no pós parto.

A alimentação no período do puerpério é importante, pois pode estar relacionada a uma boa recuperação além de interferir no aleitamento materno. A base alimentar de uma puérpera é influenciada por fatores culturais, sociais e por crenças populares, devido a isso deve receber uma maior atenção. A nutrição deve ser preparada levando em consideração o entendimento das crenças e costumes das puérperas, para assim poder criar um plano sem interferir em suas crenças pessoais e sem prejudicar a nutrição da puérpera (RIGO et al., 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou um maior entendimento dos atendimentos e assistência prestados dentro do hospital de pesquisa através das opiniões e relatos das 15 puérperas entrevistadas. Através das entrevistas foi possível alcançar os objetivos propostos, além das respostas terem correspondido aos pressupostos delimitados no início do projeto.

Retornando para a pergunta de pesquisa, os relatos das puérperas mostraram que o Hospital em estudo e sua estrutura profissional e física contribuem para melhor assistir as mulheres no processo de nascimento, mesmo os relatos que se mostraram positivos ao outro ambiente de parto, foi possível identificar que as puérperas destacavam pontos que salientavam que a assistência e forma de cuidar no Hospital de estudo se mostrava positiva.

Podemos identificar através dos relatos que a assistência de enfermagem qualificada é fundamental para um atendimento humanizado no processo de nascimento. Além disso, todas as puérperas relataram aspectos da humanização presentes em seu atendimento.

A experiência das 15 puérperas entrevistadas se mostrou positiva, mesmo as que referiram mais dor ou desconforto durante o processo de nascimento, mostraram através dos seus relatos estarem satisfeitas com o atendimento recebido e com a estrutura do hospital de pesquisa.

Por tanto, através dos relatos das puérperas e retornando para a revisão de literatura, bem como os resultados e a discussão decorrida, podemos concluir que o atendimento no Hospital de estudo é humanizado e que o atendimento especializado do Hospital Materno Infantil desempenha um importante papel para a comunidade que ele atende, garantindo segurança e qualidade no atendimento.

Sugerimos mais estudos que objetivem promover a opinião das mulheres frente ao processo de nascimento no Hospital Materno Infantil, pois o mesmo é de grande importância para a comunidade, através dos estudos identificam-se possíveis fragilidades e potencialidades da rede, proporcionando linhas de base para direcionamento de políticas e estratégias de promoção e prevenção de saúde.

6 REFERÊNCIAS

- AIRES, Natália Timm. Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde. 2017. 120f. Dissertação (Mestrado). **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.
- AQUINO, P. S. et al. Análise da produção científica sobre enfermagem obstétrica na base de dados Scielo. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 198-205, jan. /mar. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4559>> Acesso em: 26 maio 2020.
- ALMEIDA, Olivia Souza Castro; GAMA, Elisabete Rodrigues; BAHIANA, Patricia Moura. HUMANIZAÇÃO DO PARTO: a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 78-90, 28 ago. 2015. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica.
- ARAUJO, Kleiton Richard da Silva; CALÁCIO, Izamara Alvarenga; RIBEIRO, José Francisco; FONTENELE, Polliana Mendes; MORAIS, Thiago Vieira de. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Piauí, v. 6, n. 3, p. 2739-2750, jan. 2015.
- ARMELLINI, Cláudia Junqueira et al. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição.: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 305-315, dez. 2003. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/23513>>. Acesso em: 20 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Editora MS, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Programa de Educação Tutorial. **A enfermagem obstétrica no cenário do parto humanizado**. Minas Gerais: Unifal, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Cuidados a mulher em trabalho de parto: boas práticas no 3º e 4º períodos**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2019.
- BARBIERI, Márcia et al. Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013.
- BERNADO, Jéssica Nayara Therozene *et al.* Atuação Do Enfermeiro Como Medida Estratégica Para Aumentar A Adesão Aos Métodos Não Farmacológicos Para Alívio Da Dor No Trabalho De Parto Em Salas De Pré-Parto, Parto E Puerpério

(PPP). **BrazilianJournalOfDevelopment**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 85089-86014, nov. 2020.

CARVALHO, Silas Santos et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 2, p. 301-307, June 2018.

COSTA, Heraldo Francisco; AVILA, Ivete de; GONCALVES, Manuel Maurício. Antibioticoterapia profilática em obstetrícia: comparação entre esquemas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 509-515, Oct. 1998.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005.

ENNING, Cornelia. O parto na água: um guia para pais e parteiros. São Paulo: Manole, 2000.

FERREIRA, Luiza Mairla Soares et al. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. **Revista Cubana de Enfermagem**, Ceará, v. 33, n. 2, jun. 2017. ISSN 1561-2961.

FUJITA, Júnia Aparecida Laia da Mata; SHIMO, Antonieta KeikoKakuda. Parto Humanizado: experiências no sistema único de saúde.: Experiências no Sistema Único de Saúde. Reme: **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 1016-1025, abr. 2014. GN1 Genesis Network.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar. 1995.

GOMES, Ana Rita Martins et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 11, p. 23-27, ago. 2014. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73/137>. Acesso em: 25 maio 2020.

GUERREIRO, EryjosoMarculino et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, Feb. 2014.

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRIGUEZ-BORREGO, María Aurora. Labor stimulationwithoxytocin: effectsonobstetricaland neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, RibeirãoPreto, v.24, e 2744, 2016

HANUM, Samira dos Passos et al. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sobre a ótica da parturiente.: Efetividade sobre a ótica da parturiente. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3303-3309, ago. 2017. MATEI, E.M. et al. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. **CADERNOS - Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2003. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf)>. Acesso em: 27 de maio de 2020.

LEITE, FranciéleMarabotti Costa; BARBOSA, Tatiane Kely Oliveira; MOTA, Jéssika Santiago; NASCIMENTO, Luciana de Cássia Nunes; AMORIM, Maria Helena Costa; PRIMO, Cândida Caniçali. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 344-350, abr. 2013.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, PortoAlegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, Aug. 2005.

LOPES, Caroline Vasconcellos *et al.* Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enfermagem**, Pelotas, v. 14, n. 3, p. 486-490, jul. 2009.

MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta KeikoKakuda. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 505-512, abr. 2014.

MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MATOS, Thaís Alves et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, Dec. 2010.

MELCHIORI, Lúgia Ebner *et al.* Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano1. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, jan. 2009.

MILBRATH, Viviane Marten et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 462-467, Sept. 2010.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto normal: mais segurança para a mãe e para o bebê. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

NAGAHAMA, Elizabeth Erikolshida; SANTIAGO, Silvia Maria. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife**, v. 11, n. 4, p. 415-425, Dec. 2011.

OSÓRIO, Samara Maria Borges *et al.* Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 174-178, jan. 2014.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de *et al.* Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 32-41, jan. 2010.

Organización Mundial de la Salud. Care in normal birth: a practical guide. OMS; 1996.

Organização Pan Americana de Saúde (org.). **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias.** 2018.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro*, v. 25, n. 3, p. 585-602, dez. 2013.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 21, n. 4, e20160366, 2017.

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, Apr. 2002.

Rigo, K & Neves, C. (2009). Alimentação da puérpera: crenças, mitos e verdades. *SecNutri – seminário científico do curso de nutrição.* Brasil.

Romano A, Lothian J. Promoting, Protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *JOGNN*. 2008;37(1):94-105.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e68304, 2016.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e *et al.* Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-9, 17 abr. 2014. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/217976928861>.

SILVA, Andressa Ferreira et al. atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto: saberes e práticas humanizadas.: Saberes e práticas humanizadas. **Brazilian Journal Of Surgery and Clinical Research - Bjsr**, Minas Gerais, v. 23, n. 3, p. 87-93, 10 jul. 2018. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180805_111247.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.

SILVA, Eveline Franco da *et al.* Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 261-271, 1 abr. 2011. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/217976922526>.

SILVA, João Luiz de Carvalho Pinto e; SURITA, Fernanda Garanhani de Castro. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 321-325, July 2009.

SILVA, Ismara Alves da *et al.* PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO. **Revista Uningá**, São Cristóvão, v. 53, n. 2, p. 33-43, jun. 2017.

SOUZA JUNIOR, Marcilio Barbosa Mendonça de et al. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em educação física escolar. *Movimento*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 31-49, jun. 2010.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* O uso do misoprostol para indução do trabalho de parto. **Femina**, Recife, v. 38, n. 3, p. 126-134, mar. 2010.

SOUZA, Ludmilla Monfort Oliveira; ARAUJO, Edna Maria de; MIRANDA, José Garcia Vivas. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00101616, 2017.

VENDRUSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A HISTÓRIA DO PARTO: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **DisciplinarumScientia.**: Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, jun. 2016.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, EvangeliaKotziasAtherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-659, Aug. 2010.

ZIMMERMANN, Juliana Barroso *et al.* A antibioticoprofilaxia nos diferentes tipos de parto. **Femina**, Juiz de Fora, v. 38, n. 6, p. 271-277, jun. 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ENTREVISTA



1. Perfil Sociodemográfico:

Nome/Apelido: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____	
Estado Civil: _____	Profissão: _____	
Nacionalidade: _____	Local de Origem: _____	
Nº de gravidez: _____	Nº de partos: _____	Nº de filhos: _____
Tipo de Parto: _____	Tempo de trabalho de parto: _____	Tempo de pós-parto: _____

2. Questionário:

a. Qual foi o tempo de espera para o atendimento?
b. Quanto foi o tempo de espera para fazer a internação?
c. Quem realizou o parto?
d. Como foi a assistência da enfermagem?
e. Como foi a sua experiência nesse parto?
f. Em que local ocorreu o seu parto (banheira, chuveiro, cama...)?
g. Como foi o atendimento?
h. Como foi o parto?
i. Foi realizada alguma intervenção durante o pré-parto ou parto? Quais?
j. O que é para você atendimento humanizado?
k. Você considera o seu atendimento humanizado?
l. Você considera que a estrutura e os serviços disponíveis (bela, banheira, chuveiro e etc....) contribuem para o processo de nascimento?
m. Para você, qual foi o momento mais marcante do processo de nascimento?
n. Qual a diferença das suas experiências que você relaciona com o hospital, o que mudou?
o. O que você sugere sobre a temática?

Entrevista realizada por: _____

Data: ____/____/____.

ANEXOS

ANEXO A – MODELO DA CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar o Centro Obstétrico e a Maternidade do Hospital Materno Infantil, localizado na xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Experiência das mulheres no processo do nascimento em um hospital materno infantil” sob a responsabilidade do professora responsável Cecilia Marly Spiazzi dos Santos e pesquisadora Selena Denise Gil dos Santos do Curso Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Criciúma, 05 de junho de 2020;

xx

Diretor Técnico

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: Experiência das mulheres no processo do nascimento em um hospital materno infantil

Objetivo: Descrever as experiências das mulheres referentes ao atendimento recebido no processo de nascimento em diferentes ambientes hospitalares.

Período da coleta de dados: 10 a 21 de setembro.

Local da coleta: xxx

Pesquisador/Orientador: Cecília Marly Spiazzi dos Santos **Telefone:** (48) 99106.8025

Pesquisador/Acadêmico: Selena Denise Gil dos Santos **Telefone:** (51) 99765.6076

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em prontuários e bases de dados.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador Selena Denise Gil dos Santos por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS

Orientador(a)	Pesquisador(a)
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: _____._____._____ - ____
Pesquisador(a)	Pesquisador(a)
_____	_____
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), xx de xxxxx de 2020.