



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINA DE SOUSA GOMES
THAYANE SOBRINHO LIMA

**PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES ACERCA DA
HUMANIZAÇÃO NO PARTO NORMAL**

BELÉM - PA

2017

ANA CAROLINA DE SOUSA GOMES
THAYANE SOBRINHO LIMA

**PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES ACERCA DA
HUMANIZAÇÃO NO PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal do Pará como
requisito parcial para obtenção do grau de
Licenciatura e Bacharelado em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Patrícia Danielle
Feitosa Lopes Soares

BELÉM - PA

2017

ANA CAROLINA DE SOUSA GOMES

THAYANE SOBRINHO LIMA

**PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES ACERCA DA
HUMANIZAÇÃO NO PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal do Pará como
requisito parcial para obtenção do grau de
Licenciatura e Bacharelado em
Enfermagem.

Banca Examinadora

Prof.^a MSc. Patrícia Danielle Feitosa Lopes Soares
Orientadora
FAENF/ICS/UFPA

Prof.^a Dr.^a Andressa Tavares Parente
1^a membro
FAENF/ICS/UFPA

Prof.^a Esp. Stelacelly Coelho Toscano de Brito
2^a membro
FAENF/ICS/UFPA

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

Aos meus pais, que com amor e dedicação, me apoiaram em toda a minha caminhada.

Ana Carolina Gomes

Aos meus pais, que por amor, sempre me deram suporte e incentivo, em toda minha vida.

Thayane Lima

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por todos os dias ter me dado forças para continuar indo em busca dos meus objetivos e por nunca me desamparar nos momentos de dúvida e aflição. Este sonho está sendo concretizado graças a Ele, e a Ele todas as honras e glórias!

Aos meus pais, que sempre me auxiliaram e incentivaram durante toda a minha vida, e não mediram esforços para me apoiar em minhas decisões. À minha mãe, Maria das Graças de Sousa Gomes, agradeço infinitamente por tudo o que fazes por mim e toda nossa família, por todo amor, dedicação e confiança em meu potencial. Nosso grande dia chegou! Obrigada! Ao meu pai, Paulo Sérgio Gomes, obrigada por tudo! Minha felicidade agora só é completa porque posso comemorar essa vitória com vocês ao meu lado! Amo vocês imensamente!

A minha irmã, Ana Paula, que sempre torceu por mim, confiou em meu potencial e incentivou a ir mais longe. Obrigada! Agora teremos uma caminhada juntas rumo a tua formatura! Pode contar sempre comigo, sei também que posso contar com teu apoio! *“Te amo, pretinha”!*

Ao meu namorado e amigo Lucas Moraes, pelo incentivo, conselhos e apoio nos momentos difíceis. Você que foi sempre tão disposto a me ajudar, também tem participação na construção desse TCC. Nunca esquecerei os dias que precisei e você prontamente me ajudou. Obrigada meu bem por todo amor que me dedicas! Amo você!

Aos verdadeiros amigos, que, durante toda minha caminhada estiveram presentes, torcendo por minha vitória. Obrigada! Um agradecimento especial à Rosa Maria Leal Guerra por toda ajuda e apoio desde meus primeiros passos na vida acadêmica. Você e sua família que sempre me acolheram tão bem são parte fundamental na realização desse sonho! Obrigada!

A minha amiga e parceira de TCC, Thayane Sobrinho Lima, obrigada por toda dedicação e compreensão nos momentos difíceis. Compartilhamos momentos de choro e alegria durante a construção desse projeto e desde o início do curso, não foi fácil, mas sou grata e fico feliz por sua amizade! Sei que a levarei pra sempre no meu coração! Parabéns para nós! Obrigada!

A nossa orientadora, Prof.^a Patrícia Danielle Soares, pela confiança em aceitar-nos como orientandas e por toda paciência nos momentos de dúvida. És desde o princípio, acima de

tudo, exemplo de ser humano, saiba que a essência e o brilho nos olhos sempre permanecerão em minha vida profissional. Não poderia ter escolhido outra orientadora, obrigada por tudo!

A Universidade Federal do Pará e a Faculdade de Enfermagem o meu muito obrigada por todo conhecimento adquirido ao longo desses quase 5 anos.

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e seus funcionários por nos disponibilizarem seu local de trabalho para a realização de nossa pesquisa.

As nossas entrevistadas, as flores dessa pesquisa, sempre tão receptivas e participativas que deram “voz” e sentimento ao nosso trabalho.

O meu muito obrigada!

Ana Carolina de Sousa Gomes

AGRADECIMENTOS

Sou inteiramente grata a Deus por todas as graças alcançadas em minha vida, por manter a minha fé, por guiar meus passos e me fazer forte frente as minhas dificuldades.

Aos meus pais, minha maior lição de amor. Meu pai, José Ribamar Lima, por você tenho as melhores e maiores admirações do mundo, és meu grande exemplo. A minha mãe, Maria José Sobrinho, minha melhor amiga, companheira, melhor exemplo de carinho e aconchego. Agradeço por tudo que vocês fizeram e fazem, aos ensinamentos que me passaram e passam, visando sempre o que há de melhor para mim. Obrigada pelos incentivos, por acreditarem, por serem a minha base em tudo. Amo vocês incondicionalmente.

Aos meus irmãos Márcio Lima e João Marcos Lima, pela parceria e amizade, pelo amor que construímos ao longo de nossa caminhada, através dos bons exemplos dos nossos pais. Aos meus avós, em especial, vó Antônia (in memoriam) por torcerem e acreditarem. As minhas tias, em especial Jocy Sobrinho e Nara Sobrinho, pela verdadeira amizade. Aos meus primos, em especial, Juniel Honorato, por ser amigo, e uma pessoa que tenho grande admiração. Ao meu amigo e namorado, Henrique Alves, pelo carinho e companheirismo que sempre tens por mim. Cada um de vocês tem grande significado em minha vida. Obrigada!

A minha amiga de curso e parceira de TCC, Ana Carolina de Sousa Gomes, pela dedicação e apoio sempre que preciso. Por grandes momentos de aprendizagem e companheirismo que construímos ao longo de nossa graduação. Que nossa amizade seja sempre motivo de alegria e confiança, e que permaneça sempre presente na nossa caminhada. Muito obrigada!

A nossa orientadora e amiga, Prof.^a Patrícia Danielle Soares. Por sua competência e amor à temática, pelo apoio, dedicação, paciência e encorajamento para que chegássemos à produção deste trabalho. Muito obrigada por estar sempre presente e nos ajudando nas nossas dificuldades.

As puérperas que deram voz a esta produção, por compartilharem suas vivências e sentimentos conosco, dando suporte ao nosso trabalho. A FSCMPA, por nos permitir o campo de pesquisa, para que pudéssemos realizar este estudo. Muito obrigada!

A Universidade Federal do Pará, instituição que tenho orgulho. A Faculdade de Enfermagem (FAENF), por proporcionar a minha formação profissional.

A todos os amigos, que me incentivaram e se sentiram felizes em cada vitória ao longo da minha formação profissional. Aos amigos da faculdade, no qual pude viver momentos memoráveis que com certeza ficarão marcados na minha trajetória.

A todos, os meus sinceros agradecimentos. Obrigada!

Thayane Sobrinho Lima

“A mulher, quando está para dar a luz, sente dores, porque é chegada a sua hora; mas depois de ter dado á luz a criança, já não se lembra da aflição, pelo prazer de haver nascido um homem no mundo.”

João, 16: 21.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A gravidez e o parto são processos singulares, experiências únicas e especiais no universo da mulher e de seu parceiro, que envolvem também suas famílias e a comunidade na qual se inserem. Momento repleto de muitos sentimentos, dentre eles, amor, satisfação, medo, insegurança, muitas dúvidas, no qual é imprescindível uma assistência de qualidade para atender essa mulher de forma humanizada, respeitando e fazendo valer seus direitos. O estudo vem ressaltar, através das vivências de mulheres, a importância da humanização no parto normal, almejando reforçar os benefícios dessa assistência, já recomendada pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, além de esclarecer e fortalecer os direitos dessas mulheres, direitos esses que muitas vezes são desconhecidos e/ou não realizados, fazendo com que as mesmas não recebam um cuidado humanizado em seu trabalho de parto e parto, e assim pela falta de informação e orientação durante todo o ciclo gravídico, as transforma em meras expectadoras no seu processo de parturição. **OBJETIVOS:** descrever as percepções e vivências de mulheres acerca da humanização no trabalho de parto e parto normal e apreender o conhecimento dessas mulheres a respeito do parto humanizado e suas implicações durante o trabalho de parto e parto por meio de suas vivências. **MÉTODO:** procedeu-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no Alojamento conjunto (ALCON), da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), com 16 mulheres em pós-parto normal, por meio de entrevista semiestruturada. **RESULTADOS:** foram construídos a partir de um núcleo direcionador central, gerando cinco categorias de análise: 1) O parto humanizado: conhecimento x desconhecimento; 2) A importância da orientação no ciclo gravídico puerperal: o caminho desde o pré-natal até o processo de parto e nascimento; 3) Práticas na atenção ao parto e nascimento: a humanização sob as perspectivas das puérperas; 4) A importância do vínculo com os profissionais de saúde no contexto do processo parturitivo com vistas à humanização; 5) A violência na assistência obstétrica na percepção das mulheres: o caminho inverso à humanização no parto. Diversas práticas foram mencionadas pelas mulheres relacionadas às vivências de humanização no parto, dentre elas destacam-se a presença do acompanhante, o contato pele a pele imediato com o RN ao nascimento, a liberdade de posição e movimento, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, e o parto normal propriamente dito como via de parto de preferência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** para que o parto humanizado seja de fato exercido dentro das instituições de saúde, é necessária a mudança da assistência profissional, com grande enfoque no pré-natal, onde a mulher possa ter uma assistência de qualidade, clara e objetiva, esclarecendo suas dúvidas e fortalecendo seus direitos, preparando-a para o trabalho de parto, parto e maternidade. Tendo em vista, que a partir do reconhecimento dos seus direitos, ela tem entendimento e autonomia no seu processo de parturição.

Palavras-chaves: Parto Normal. Humanização na assistência. Parto humanizado.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pregnancy and childbirth are singular processes, unique and special experiences in the universe of the woman and her partner, which also involve their families and the community in which they are inserted. A time filled with many feelings, among them, love, satisfaction, fear, insecurity, many doubts, in which a quality assistance is essential to attend this woman in a humanized way, respecting and asserting their rights. The study emphasizes, through the experiences of women, the importance of humanization in normal childbirth, aiming to reinforce the benefits of this assistance, already recommended by the World Health Organization and Ministry of Health, in addition to clarifying and strengthening the rights of these women, which are often unknown and / or unrealized, so that they do not receive a humanized care in their labor and delivery, and thus the lack of information and guidance throughout the pregnancy cycle, turns them into mere spectators in their parturition process. **OBJECTIVES:** To describe the perceptions and experiences of women about humanization in childbirth and normal childbirth and to learn the knowledge of these women about humanized childbirth and its implications during childbirth and childbirth through their experiences. **METHOD:** a descriptive study with a qualitative approach was carried out in the Accommodation Conjoint (ALCON) of the Santa Casa of Misericórdia Foundation of Pará (FSCMPA), with 16 women in a normal postpartum period, through a semi-structured interview. **RESULTS:** They were constructed from a central directing core, generating five categories of analysis: 1) Humanized childbirth: knowledge vs. ignorance; 2) The importance of guidance in the puerperal pregnancy cycle: the path from prenatal to the process of childbirth and birth; 3) Practices in attention to childbirth and birth: humanization under the perspectives of puerperae; 4) The importance of the link with health professionals in the context of the parturition process with a view to humanization; 5) Violence in obstetric care in the perception of women: the inverse path to humanization at childbirth. Several practices were mentioned by the women related to the experiences of humanization in childbirth, among them the presence of the companion, the skin-to-skin contact with the RN at birth. The freedom of position and movement, the use of non-pharmacological methods of pain relief, and normal childbirth proper as the preferred delivery method. **FINAL CONSIDERATIONS:** In order for humanized childbirth to actually be exercised within health institutions, it is necessary to change professional care, with a great focus on prenatal care, where women can have quality, clear and objective assistance, clarifying their doubts and strengthening their rights, preparing them for labor, childbirth and maternity. Considering that, based on the recognition of her rights, she has understanding and autonomy in her parturition process.

Keywords: Normal birth; Humanization in the assistance; Humanized Birth.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALCON – Alojamento Conjunto

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

HUJBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PQM – Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia Legal e Nordeste

RC – Rede Cegonha

RN – Recém-nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários

UFPA – Universidade Federal do Pará

UNICEF – Fundo das Nações Unidas Para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 O PARTO NORMAL AO LONGO DA HISTÓRIA	19
3.2 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO	24
3.3 O PRÉ-NATAL	27
3.4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO ENTRAVE PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO	29
3.5 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	31
4 METODOLOGIA	35
4.1 TIPO DE ESTUDO	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO	35
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	36
4.4 COLETA DE DADOS	37
4.5 ANÁLISE DE DADOS	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL: O OLHAR DAS MULHERES	40
5.1.1 O Parto Humanizado: Conhecimento x Desconhecimento	40
5.1.2 A importância da orientação no ciclo gravídico puerperal: o caminho desde o pré-natal até o processo de parto e nascimento	45
5.1.3 Práticas na atenção ao parto e nascimento: a humanização sob as perspectivas das puérperas	52
5.1.4 A importância do vínculo com os profissionais de saúde no contexto do processo parturitivo com vistas à humanização	57
5.1.5 A violência na assistência obstétrica na percepção das mulheres: o caminho inverso à humanização no parto	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	84
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO	85
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ	87

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, bem como de seus familiares (BRASIL, 2001).

A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, a exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde.

Para o Ministério da Saúde (MS), humanizar significa, proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais, o que resultou na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), no ano de 2004; iniciativa criada para operar em toda rede do sistema (BRASIL, 2004a).

No contexto da assistência integral à saúde da mulher não é diferente. A humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido durante a gravidez, parto e o nascimento é uma premissa importante, útil e atual. Em relação ao parto, o termo "humanizar" remete a uma atenção que assenta no reconhecimento e respeito pelos direitos fundamentais das mães, recém-nascidos e familiares. Isto inclui o direito à informação; à escolha de pessoas e formas de assistência no parto; à preservação da integridade corporal e a assistência adequada à saúde das mães e recém-nascidos; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal e familiar; o apoio emocional e social e a proteção contra abusos e negligências (MOÇAMBIQUE, 2011).

O processo de trabalho de parto é um evento histórico no qual o ato de parir ocorria no domicílio da mulher, que era acompanhada por outra mulher, geralmente uma parteira de sua confiança. No século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, ocorreu a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua medicalização (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, e considera importante reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país, adotar medidas que assegurem um acesso de qualidade do

acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, na perspectiva dos direitos de cidadania. Nesse contexto, o programa trouxe o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2016) a humanização no trabalho de parto é um processo que visa o bem estar da mãe e do bebê, onde a mulher deve receber todo apoio necessário para vivenciar o momento da melhor forma possível. Como vantagem, o parto humanizado constitui um cenário com respeito ao nascimento, respeito à mulher e ao bebê, com dignidade ao nascer, sendo o acolhimento e o amor apenas algumas das vantagens que o norteiam, bem como a vantagem da interação da mãe e do bebê logo nas primeiras horas de vida.

Sob essa perspectiva, durante o estágio curricular em Enfermagem Obstétrica na graduação, pode-se observar diferentes formas de cuidado em relação ao trabalho de parto e parto dentro dos campos de práticas, dentre eles, a escassez do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, do estímulo ao contato pele a pele, da amamentação na primeira hora, falta de vínculo entre as parturientes e os profissionais, e a falta de um ambiente calmo, harmonioso e aconchegante para que a mulher possa se sentir confortável, respeitando seus aspectos individuais, culturais e emocionais, entre outros. Ações essas, que refletem na não realização do cuidado como preconizado.

O processo de humanização do parto vem eliminando o intervencionismo desnecessário durante essa fase da vida da mulher, buscando propiciar uma assistência humanizada e de qualidade, resgatando assim a singularidade e o protagonismo do momento em que elas vivem. Assim, configura-se como um desafio às instituições e aos profissionais que assistem o recém-nascido/família mudar a concepção e as práticas predominantes, a fim de tornar o nascimento um evento familiar, incorporando ações que os considerem os principais atores envolvidos no momento do parto/nascimento (MODES; GAÍVA; PATRÍCIO, 2010).

Apesar de muito se ouvir a respeito do cuidado humanizado, em muitas instituições há uma precariedade da sua efetivação, expondo mulheres a procedimentos considerados desnecessários em todo o seu trabalho de parto, como o uso rotineiro de episiotomia, toques vaginais frequentes, manobras prejudiciais ao trabalho de parto, dentre outros, caracterizando assim um tipo de violência, conhecida como violência obstétrica, evidenciada pelo não cuidado e/ou a desumanização da assistência, ferindo a dignidade humana. Assim, esse

momento que deveria ser único para essa mulher, se torna uma experiência traumática muita das vezes com danos irreparáveis.

Nesse sentido, descrever as percepções e vivências dessas mulheres acerca da humanização do trabalho de parto, parto e puerpério, contribuem de forma notória com a produção do conhecimento aos acadêmicos e profissionais de saúde, gerando a reflexão sobre o tema, e análise, a partir dos resultados a respeito dos cuidados que estão sendo prestados durante a assistência e o que pode ser feito para melhorá-los e torná-los mais humanizados. Além de, trazer uma importância significativa na formação de futuros profissionais, agrega o enriquecimento, através da perspectiva da humanização, de um cuidado centrado no respeito e dedicação ao próximo, buscando observar estratégias que possam ser desempenhadas no âmbito da saúde, refletindo então na maior satisfação dos usuários.

O MS preconiza que a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, através de atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Logo, este estudo vem ressaltar, através das vivências de mulheres, a importância da humanização no parto normal, almejando reforçar os benefícios dessa assistência, já recomendada pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, além de esclarecer e fortalecer os direitos dessas mulheres, direitos esses que muitas vezes são desconhecidos e/ou não realizados, fazendo com que as mesmas não recebam um cuidado humanizado em seu trabalho de parto e parto, e assim pela falta de informação e orientação durante todo o ciclo gravídico, as transforma em meras expectadoras no seu processo de parturição.

Tendo em vista que a disponibilidade de informações sobre gestação e parto favorece a inclusão das gestantes no processo decisório, oportunizando assim a manifestação de sua autonomia em relação à via de parto (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013), vale ressaltar a importância de ouvir essas mulheres em relação às suas vivências, sejam elas positivas ou negativas.

Nessa perspectiva, surgiram os seguintes questionamentos: quais as percepções e vivências de mulheres acerca da humanização no trabalho de parto e parto normal? Qual o conhecimento dessas mulheres a respeito do parto humanizado e suas implicações durante o trabalho de parto e parto por meio de suas vivências?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever as percepções e vivências de mulheres acerca da humanização no trabalho de parto e parto normal.

2.2 ESPECÍFICO

Apreender o conhecimento dessas mulheres a respeito do parto humanizado e suas implicações durante o trabalho de parto e parto por meio de suas vivências.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O PARTO NORMAL AO LONGO DA HISTÓRIA

O nascimento é historicamente um evento natural. Mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que, através de gerações, sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2001).

Sabe-se que antigamente as mulheres pariam isoladamente, sem nenhum tipo de cuidado, seguiam apenas seus instintos. O parto era considerado um fenômeno natural e fisiológico. A trajetória da assistência ao parto iniciou-se a partir do momento em que as mulheres passaram a se auxiliar e a acumular conhecimentos sobre o processo de parir. A mulher que acumulasse uma maior experiência era reconhecida pela comunidade como Parteira, que se traduz na figura daquela que atende partos domiciliares, mas que não tem nenhum saber científico, seus conhecimentos são embasados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente de geração para geração (SANTOS, 2002).

Os primeiros manuais de parto na Europa surgiram no século XVI, publicados por cirurgiões-parteiros para a divulgação dos conhecimentos da medicina greco-romana, caída no esquecimento durante a Idade Média (MARTINS, 2004). Contudo, a especialidade da obstetrícia só nasceu nas faculdades europeias de medicina na primeira metade do século XIX. Para o aparecimento da obstetrícia foi necessário o cumprimento de dois pré-requisitos: que a mulher se tornasse alvo do interesse médico; e que a estrutura tripartite da medicina estivesse superada, já que a obstetrícia é uma especialidade configurada de tal modo que não pode prescindir da associação entre a clínica e a cirurgia (MAIA, 2008).

No final do século XIX, os obstetras passaram a promover campanhas para transformar o parto em um evento controlado por eles e restritos às maternidades, o que se efetivou na metade do século XX. Observa-se que antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras, onde partos “naturais” eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações (MARTINS, 2004).

Segundo Tornquist (2004) os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais. A criação de hospitais específicos para a realização dos partos, as maternidades, foi um evento concreto a partir do final do século XIX, que objetivava criar tanto um espaço de ensino e prática da medicina da mulher como um ambiente onde as mulheres sentissem segurança para parir.

Assim, com estas transformações, a família deixa de participar do processo de nascimento, pois os hospitais não tinham nenhuma estrutura física para atender as gestantes e seus familiares. Dessa forma, as gestantes passaram a dividir salas de pré-parto, com nenhuma privacidade e sem ninguém para apoiá-las (BRUGGERMANN et al., 2005).

Os hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XIX, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento melhorava em qualidade e segurança devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o parto e às operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos (MARTINS, 2005).

O parto medicalizado e hospitalar se transformou em sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. Apenas no ano de 1986, foi implementada a Lei nº 7.498/86, que consolida a profissão do enfermeiro obstétrico e suas competências na assistência a parturiente, dentre elas, assistir ao parto normal sem distócia e à parturiente (DOTTO; MAMEDE, 2008; VELHO et al., 2010).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. As primeiras preocupações com a saúde materno-infantil deram-se durante a transição do Estado Novo até o Regime Militar. Em 1940, foi implantado o Departamento Nacional da Criança, cujo objetivo foi a normatização do atendimento à criança e o combate à mortalidade infantil (BRASIL, 2000). Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2001).

Atualmente, a taxa de cesariana tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto e, segundo padrão normativo da Organização Mundial da Saúde (OMS), não deve ultrapassar 15%. A alta prevalência de cesáreas no Brasil não parece estar relacionada a mudanças no risco obstétrico e sim a fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”. A preferência das mulheres pela cesárea parece moldada pela conduta intervencionista do médico e pela crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório (LEAL et al., 2009). O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi proposto em 2004 pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal reduzir estas taxas (BRASIL, 2004b).

A cesárea é um procedimento invasivo e de grande risco, deve ser opção de escolha pelo profissional da saúde somente em casos extremos, onde a vida da mãe e da criança possa correr algum tipo de risco, não deve ser dada como opção de escolha devido ao fato da futura mãe ter medo do parto normal (TEDESCO et al., 2004).

Essa cultura tornou-se tão comum e tão disseminada, que a probabilidade de se ter um parto normal deixou de ser uma prática em muitas instituições, mesmo quando está se mostrando a vontade da gestante. Evidências epidemiológicas demonstram que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas. Ressalta-se que o país apresenta-se como um dos campeões nas taxas de parto cirúrgico, pois, nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, em que as cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. Já no sistema público de saúde, a taxa é consideravelmente menor de 40%, mas, mesmo assim é elevada, se considerar-se a recomendação de 15%, que a Organização Mundial de Saúde preconiza (BRASIL, 2014).

Paralelamente, a mortalidade materna tem como causas predominantes as obstétricas diretas, destacando as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantém, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o abortamento, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2004c).

No entanto, outros discursos mostram que a prática de uma atenção humanizada ainda está longe de sua realidade de trabalho, principalmente em decorrência de normas e rotinas institucionais rígidas e do inadequado espaço físico das salas de pré-parto e parto, retratando que o modelo assistencial ao parto é marcado pela herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrado no profissional médico como condutor do processo, dificultado por fatores como a organização institucional, a estrutura física, as rotinas hospitalares e, sobretudo, a prática e postura individuais dos profissionais de saúde (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Nesse sentido, em 1984, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A implantação deste programa ocorreu de modo heterogêneo no país, sendo difícil avaliar seu impacto global sobre a saúde da mulher, dada a complexidade das ações e o grande conjunto de variáveis envolvidas. O PAISM foi criado com o objetivo de atender a mulher de forma integral, respeitando suas necessidades e particularidades. As áreas de atuação desse programa estão divididas em grupos baseados nas diferentes etapas da vida das mulheres: assistência gravídico-puerperal; assistência ao abortamento; assistência à

concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/AIDS; amparo à mulher vítima de violência (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996) propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, recomenda a modificação de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto. A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, ressaltando que deve haver uma razão significativa para que haja uma intervenção sobre o processo fisiológico.

Em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), lançaram o Projeto Maternidade Segura, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido, com o mínimo possível de intervenção e compatíveis com a segurança, para ambos. Já no ano de 1998, o MS inicia a implementação de uma série de iniciativas e incentivos, voltados às questões da humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, revalorizar o parto normal, reduzir taxas de cesáreas desnecessárias, modelo que vem crescendo ao longo das últimas décadas, e fortalecer a relação da mãe com o seu bebê (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, fundamentando-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Posteriormente, no ano de 2009 foi instituído o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia Legal e Nordeste (PQM) e propôs-se, no período de 2009 a 2011, a promover um processo de transformação cultural progressiva no modelo hegemônico de atenção obstétrica e neonatal no sentido de assegurar as seguintes orientações gerais ou eixos: vinculação da gestante à equipe de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto; acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de

produção de saúde na Atenção Básica e nas maternidades; acolhimento com classificação de risco nas maternidades e serviços que realizam partos; e a garantia de acompanhante para a gestante durante a internação para o parto e para o recém-nascido com necessidade de internação em unidade neonatal, com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados (BRASIL, 2009).

O PQM serviu de base para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo Governo Federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar, à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outros termos, com o funcionamento do PQM e posteriormente da RC, buscou-se, e ainda se busca, criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das (dos) usuárias (os) e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna (BRASIL, 2012). Desde 2011, a Rede Cegonha, por sua vez, propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo âmbito nacional, com incentivos técnicos e com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal.

A RC visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança nos dois primeiros anos de vida, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis; reduzindo a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011). Esta deve ser implementada aos poucos, em todo país, respeitando suas peculiaridades epidemiológicas, apoiada em cinco diretrizes: Garantia do acolhimento com classificação de risco; Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; Garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Garantia da atenção a saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e Garantia de direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010).

Sendo assim, nota-se que a história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo da história. As modificações dos modelos e paradigmas de assistência, mostram que o parto era visto inicialmente como um processo simplesmente natural, assistido por parteiras em domicílio, sendo modificado, nas sociedades contemporâneas, de um evento fisiológico para um evento, hospitalizado e medicalizado com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias no campo da medicina, sendo este denominado como, modelo tecnocrático de assistência ao parto. O parto foi adquirindo outros

significados e passou a ser considerado um procedimento cirúrgico, que deve ser realizado por médicos, em ambiente hospitalar (MALHEIROS et al., 2012).

Vale ressaltar que atualmente existem dois modelos de assistência ao parto que prevalecem, o modelo biomédico/tecnocrata e o humanista. O modelo tecnocrata tem como prioridade atender as necessidades dos profissionais da saúde, é centrado em rotinas cirúrgicas, medicalização, grande número de intervenções. O modelo humanista propõe acompanhamento da parturiente e de sua família durante o ciclo gravídico-puerperal buscando ser o menos invasivo possível e proporcionando ambiente tranquilo e saudável para a vivência da experiência do nascimento (RATTNER, 2009). Sendo este último, foco do próximo tópico a ser discutido neste trabalho.

3.2 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A partir da década de 1980, ganhou visibilidade o movimento da humanização do parto que, além da assistência acolhedora e respeitosa à parturiente, propôs a assistência baseada em evidências científicas, um dos marcos mais importantes da transição para mudança do modelo assistencial obstétrico brasileiro. A prática obstétrica baseada em evidências descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) e, mais tarde, ratificada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) tem como base a classificação de condutas obstétricas no parto normal, a partir de evidências científicas, segundo critérios de utilidade, eficácia e risco.

O Ministério da Saúde buscou a institucionalização da humanização do parto como tentativa para melhorar as práticas de cuidados voltadas ao momento do nascimento, de modo a torná-lo digno e prazeroso. Define-se, assim, a humanização do parto como um conjunto de condutas e procedimentos com intuito de promover uma gestação, parto e nascimento saudáveis, respeitando seu percurso natural e evitando condutas desnecessárias ou que coloquem em risco mãe e bebê. Tem como meta, ainda, o fortalecimento da autonomia da mulher no período gravídico-puerperal (FERREIRA JÚNIOR, 2014).

A humanização do parto e nascimento visa à redução da morbimortalidade materna e neonatal a partir da superação do modelo tecnocrático pelo humanista, no qual a parturiente é a protagonista no parto, valorizando o processo fisiológico e psicológico da parturição (BRASIL, 2002). O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Tem início no pré-natal estendendo-

se até o puerpério, procurando garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde afirma ainda que existe a necessidade de modificações profundas nas maternidades brasileiras, para prestar uma assistência mais humanizada e de qualidade ao parto. Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar – para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor – requer, além de boa vontade, também investimentos (BRASIL, 2001).

A Humanização da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto respeitando a fisiologia destes momentos, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para seus familiares ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado, incluindo nesse processo, o respeitar aos desejos da mulher e o seu “plano de parto”, assegurando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

A portaria nº. 1067, de 06 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, é explícita neste sentido, a atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza algumas atitudes por parte dos profissionais na assistência obstétrica e ressalta também os direitos da mulher para um parto humanizado com base nesses direitos. Entre as atitudes estão: respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto; monitorar o bem estar físico e emocional, durante todo o processo de atendimento; permitir à mulher que ela caminhe durante o período de dilatação e adote a posição que deseja no momento da expulsão; orientar e oferecer métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagens, banho morno e outras técnicas de relaxamento; permitir o contato pele a pele entre

mãe e criança e o início do aleitamento materno, imediatamente após o nascimento (BRASIL, 2002).

Basile e Pinheiro (2004) reafirmam ainda a importância dessas práticas, e trazem em seu estudo as evidências positivas dessas atitudes. Referem que o banho, traz benefícios porque favorece uma boa circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove o relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto; a dieta livre é justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal; a deambulação, que abrevia o tempo de trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação; a massagem, que alivia pontos de tensão e promove relaxamento; o estímulo à micção espontânea que no trabalho de parto diminui a retenção urinária e o desconforto nas contrações e a respiração durante as contrações. Reafirmando assim a importância da realização de medidas não-farmacológicas e não-invasivas, que devem ser utilizadas para minimizar o estresse e aliviar a dor, preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

No dia 7 de abril de 2005, entrou em vigor a Lei 11.108/05 que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (SOARES, 2010). No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à inserção do acompanhante e recomenda que todos os esforços devem ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2001).

A humanização do parto e nascimento é uma filosofia de assistência ao parto, cuja preocupação essencial é acolher bem o Recém Nascido (RN), suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extra-uterino. É preconizado o emprego de uma luz difusa na sala de parto, silêncio, ambiente menos frio e tranquilo, uma música suave e o contato corporal imediato entre a mãe e o RN. Este deve ser colocado sobre o ventre da mãe logo após o nascimento, sendo acariciado por ela e somente após alguns minutos corta-se o cordão umbilical (CRUZ et al., 2007).

Outro aspecto em relação à humanização do parto é o incentivo a amamentação, está claro para o meio científico que o ato de amamentar não só traz benefícios, mas também proporciona a perda do peso adquirido pela mulher na gestação, diminui a incidência de câncer de mama e o mais importante de todos, beneficia o laço mãe-filho estreitando a barreira antes imaginária e tornado o ato de alimentar um ato de amor (REA, 2004). A primeira hora após o nascimento é o momento considerado ideal para iniciar a amamentação,

visto que o RN usualmente está bem alerta e atento, com o reflexo de sucção ativo, estimulando precocemente a produção de ocitocina e prolactina (BRASIL, 2001).

Outras ações, além do contato físico muito precoce estabelecido ainda na sala de parto e o constante incentivo do vínculo mãe/RN por parte da equipe de saúde, são de extrema relevância, quando se compreende que os cuidados maternos formam a base da vida emocional e de relacionamento do RN, salientando-se a necessária atuação da equipe de modo humanizado para a consolidação do vínculo (CRUZ et al., 2007).

As rotinas hospitalares muitas vezes impossibilitam que a parturiente decida sobre as condutas a serem realizadas durante o parto, deixando de ser a personagem principal deste processo. A humanização vem almejando a autonomia da mulher durante o parto, respeitando seus valores e hábitos. Implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos da fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Sendo assim, para que se tenha uma assistência humanizada ao parto e nascimento é indispensável que ocorra mudanças no modelo biomédico, essencialmente técnico, para um que valorize os aspectos sociais e culturais da gestação e parto para que mulheres/famílias brasileiras tenham a experiência de um parto verdadeiramente humanizado (SOUZA et al., 2010).

Nesse sentido, inclui-se de forma primordial a assistência pré-natal como instrumento capaz de fortalecer os aspectos da humanização a partir de uma assistência qualificada que respeite o protagonismo e as escolhas da mulher.

3.3 O PRÉ-NATAL

Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de

"puericultura intra-uterina", como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção a mulher (BRASIL, 2001).

O principal objetivo da assistência pré-natal é o acolhimento à mulher desde o início de até o fim da gestação. Período de grandes transformações físicas e emocionais, respeitando a singularidade de cada gestante. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. Por isso a importância do apoio do profissional de saúde, no repasse de informações importantes e no estabelecimento de vínculo com a mulher. De acordo com o MS, essa assistência com qualidade e humanizada é necessária para que a mulher não abandone o pré-natal, e assim garanta maior segurança para ela e para seu bebê, reduzindo os índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000).

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87. Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; realizar a prescrição de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência à parturiente, puérpera e realizar educação em saúde, sendo respaldado pela lei 7.498/86 (ARAÚJO et al., 2010). “A atenção pré-natal de baixo risco é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das mulheres grávidas, com o propósito de controlar riscos” (COSTA et al., 2005, apud PARADA, 2008, p.120). Nessa assistência pré-natal de baixo risco, caso seja detectado algum fator que possa gerar algum dano a mãe e o feto, existe a referência e contra-referência, que consiste no encaminhamento para uma assistência especializada caso o profissional detecte que a mulher necessita desse acompanhamento.

É fundamental para a humanização do parto o adequado preparo da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Isto requer um esforço muito grande, mas plenamente viável, no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes (BRASIL, 2001). Para que o pré-natal seja qualificado e humanizado, é necessário que haja condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias. A gestante deve receber orientações em relação aos seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Para os parâmetros, é necessário ser realizada a primeira consulta em até 120 dias de gestação; realização de no mínimo, seis consultas, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

escuta da mulher e de seus (suas) acompanhantes, informando esclarecendo dúvidas e condutas; atividades educativas que possam proporcionar respostas às informações necessárias; anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; exames laboratoriais, imunizações; avaliação do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais; tratamento das intercorrências da gestação; classificação de risco gestacional, entre outras medidas que garantem uma boa assistência, e que visam o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde também distribuiu, em parceria com a OPAS, o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal. Os serviços de saúde também receberam Cartões da Gestante e instrumental técnico para a realização do pré-natal, compondo um kit obstétrico: estetoscópio de Pinard, fita obstétrica, disco de idade gestacional e tabela de peso/altura (BRASIL, 2001); calendário de vacinas e suas orientações; solicitação dos exames de rotina; as orientações sobre a sua participação nas atividades educativas – reuniões em grupo e visitas domiciliares; o agendamento da consulta médica para pesquisa de fatores de risco (BRASIL, 2000).

Com isso, essas modificações e a conquista de melhorias para parturientes enaltecem a relevância do pré-natal, pois é por meio dessa fonte de disseminação de informações que o empoderamento da mulher acerca de sua gestação e parto é realizado. Poder preparar a mulher, envolver a mesma em seu processo gestacional, fazê-la sentir-se protagonista deste evento singular, que é parir, são ensinamentos trabalhados em cada consulta, por intermédio de equipe multiprofissional, como: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentre outros, que objetivam atender de forma integral as parturientes (BRASIL, 2014).

3.4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO ENTRAVE PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, há no mundo inteiro, cada vez mais, relatos negativos advindos de experiências maternas perante toda a gravidez, em especial ao parto e pós-parto, por ser um momento em que a mulher encontra-se mais vulnerável. Tais relatos evidenciam os constantes abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002). Práticas consideradas inaceitáveis frente à atuação e manutenção dos direitos humanos. Essas condutas apresentam desde a violência verbal com humilhações e xingamentos, quanto às agressões físicas, procedimentos médicos impositivos ou não consentidos, não obtenção de

consentimento esclarecido antes da realização de procedimento, violações da privacidade, negligência durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, entre outros (OMS, 2014).

A Violência Obstétrica (VO) é cometida contra a mulher grávida e também a sua família, em serviços de saúde, que pode ser durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica, sexual e se expressam de diversas maneiras explícitas ou implícitas. Esse tipo de violência é fortemente relacionado ao preconceito de gênero. E em decorrência de condutas desrespeitosas contra mulheres, algumas morrem, outras carregam sequelas físicas e psicológicas, muitas sobrevivem marcadas de forma negativas por efeitos de experiências frustrantes ocasionadas pela violência obstétrica (REDE PARTO DO PRÍNCÍPIO, 2012).

O termo “Violência Obstétrica” é usado na associação de diversos comportamentos do profissional de saúde perante a mulher, que remetem à violência, danos, sequelas, maus tratos, e o total desrespeito sobre seu estado físico, emocional, verbal e social, principalmente na hora do parto. Com procedimentos desnecessários e muitas vezes danosos como a episiotomia, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante, dentre os quais se destaca o excesso de cesarianas desnecessárias (TESSER et al., 2015).

Esse tipo de violência no âmbito da obstetrícia é compreendida por qualquer ato praticado por profissionais da saúde no que atinge ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica de um processo que teria que ser o mais natural possível, ou seja, respeitando os aspectos fisiológicos de parir (LUZ; ASSIS; RESENDE, 2015).

De acordo com Santos (2010) as parturientes são assistidas dentro de um ambiente hospitalar hostil, cercadas de atos de violência verbal. Por conseguinte, as rotinas hospitalares preconizam o isolamento da parturiente de seus familiares, os toques vaginais repetitivos, o uso indiscriminado de ocitocina, a dieta zero, a tricotomia vulvo-perineal, a restrição do movimento, dentre outros. As intervenções realizadas geralmente são justificadas sob a alegação de que só o saber médico é capaz de intervir frente às complicações durante o parto, reduzindo dessa forma as taxas de mortalidade materna e neonatal. Contrariando assim, o que é preconizado na Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que visa à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora

tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido, e que, com frequência, acarretam maiores riscos para os mesmos (BRASIL, 2000).

Considerando a categorização da OMS sobre a utilidade, a eficácia e, substancialmente a ausência de efeitos prejudiciais das condutas e das práticas ao parto normal, nota-se a presença de práticas frequentemente usadas de forma inadequada. Existem várias práticas que são utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, apesar de serem amplamente divulgadas pela OMS como prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas da assistência ao parto, e práticas utilizadas de modo inadequado, dentre outras, que sendo adotadas, influenciam negativamente a experiência do parto, associando-se diretamente a violência obstétrica; além de prejudicar o seguimento fisiológico, torna a parturiente suscetível a complicações (SANTOS; SOUZA, 2015).

Dados do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” revelam que na atenção obstétrica brasileira, apenas 5% dos partos vaginais ocorrem sem intervenções (LEAL et al., 2012). Sendo que 25% das mulheres relatam que sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e desnecessários, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

3.5 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas realizadas no mundo todo. Com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996; ROCHA; NOVAES, 2010).

Dentre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A):

Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde; respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto; usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta; monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS; monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; condições estéreis ao cortar o cordão; prevenção da hipotermia do bebê; contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno; exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (OMS, 1996, p. 34).

Evidencia-se como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (categoria B):

Uso rotineiro de enema; uso rotineiro de tricotomia; infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; cateterização venosa profilática de rotina; uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; exame retal; uso de pelvimetria por Raios-X; administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto; esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto; uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias; uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto; lavagem uterina rotineira após o parto; revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto (OMS, 1996, p. 35).

Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão (categoria C):

Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos; amniotomia precoce de rotina no

primeiro estágio do trabalho de parto; pressão do fundo durante o trabalho de parto; Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto; manipulação ativa do feto no momento do parto; uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto; clampeamento precoce do cordão umbilical; estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto (OMS, 1996, p. 36).

E por fim dentro das práticas frequentemente usadas de modo inadequado tem-se (categoria D):

Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; controle da dor por agentes sistêmicos; controle da dor por analgesia peridural; monitoramento eletrônico fetal uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto; exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço; correção da dinâmica com utilização de ocitocina; transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; cateterização da bexiga; estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário (OMS, 1996, p. 36).

Essas categorias foram criadas para fortalecer a utilização correta das boas práticas e promover uma assistência adequada no momento do trabalho de parto e parto, visando uma assistência baseada no alívio da dor, conforto físico e emocional, liberdade de escolha para o nascimento do seu bebê e a melhor via de parto, dando suporte (material, pessoal e emocional) necessário para o trinômio e ajudar a mulher a vivenciar o processo de parturição de forma mais segura, tranquila, satisfatória e feliz (BRASIL, 2014; PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010). Além disso, ao prestar uma assistência de qualidade à mulher que vivencia o ciclo gravídico puerperal, os profissionais podem ajudá-la a superar medos, tensões e ansiedades, por meio do exercício da empatia e respeito, considerando as opiniões, preferências e suas necessidades (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Pinheiro e Bittar (2013) apontam que, segundo o modelo de atenção humanizada à parturiente, os profissionais devem permanecer presentes durante todo o trabalho de parto, oferecendo às mulheres o apoio psicológico e emocional na parturição, além de técnicas de relaxamento e massagens, música ou quaisquer outras práticas alternativas que tragam alívio e conforto à gestante. Reforçando também as recomendações da OMS sobre o uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor pela possibilidade de produzir muitos benefícios para a maior parte das mulheres, que não são obtidos com o uso de qualquer outro método farmacológico de alívio da dor (OMS, 1996).

Muitos avanços na adesão das boas práticas já foram alcançados no Brasil, no entanto, o atual modelo de atendimento ao parto, marcado pela medicalização da assistência,

transforma as intervenções obstétricas, que deveriam ser somente utilizadas com indicações precisas, em condutas rotineiras e desnecessárias. O controle da violência obstétrica na assistência ao parto vaginal consiste em um desafio, tendo em vista a sua invisibilidade e não reconhecimento como violação dos direitos humanos. Ampliar os conhecimentos sobre a assistência prestada às mulheres em trabalho de parto torna-se uma ferramenta valiosa para a avaliação do processo de atenção no atendimento obstétrico (ANDRADE et al., 2016).

Destaca-se que essas recomendações, quando praticadas, viabilizam o resgate da autonomia da mulher, possibilitando que participe das decisões durante o trabalho de parto e parto, o que faz total diferença na assistência prestada a estas mulheres.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, pois pretende descrever as características de uma determinada população, conhecendo suas percepções acerca do tema abordado.

Segundo Andrade (1997), na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador manipule e interfira neles.

A pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando interceptar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. São coletados vários dados e analisados para que haja entendimento do fenômeno. Partindo de questões abrangentes que vão se elucidando no decorrer da investigação, o estudo qualitativo pode, no entanto, ser conduzido através de diferentes caminhos (GODOY, 1995).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Alojamento Conjunto (ALCON), da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). O ALCON é o local destinado a atender mulheres no pós-parto imediato e mediato, por um período de 24 a 48 horas em caso de parto normal.

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, é um órgão da administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública, certificada como Hospital de Ensino. O novo prédio da instituição: a Unidade Materna Infantil Dr. Almir Gabriel, também conhecida como Nova Santa Casa, conta com 406 novos leitos instalados em uma área de 22 mil metros quadrados. O complexo tem oito andares, com leitos, distribuídos nas alas de pediatria, neonatologia, UTI materna e pediátrica, maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), ala para o programa "Mãe Canguru" e acolhimento obstétrico. A FSCMPA tem como finalidades primordiais: a Assistência, o Ensino e a Pesquisa, de acordo com o Perfil Assistencial na Atenção a Saúde da Criança, Atenção a Saúde da Mulher, e Atenção a Saúde do Adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação. É um hospital que atende 100% do SUS, está cadastrado como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido. A Santa Casa trabalha a prática do alojamento conjunto, espaço

disponível a fim de permitir que mãe e recém-nascido permaneçam juntos 24 horas por dia (FSCMPA, 2014).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra foi constituída por 16 puérperas de pós-parto normal, internadas em ALCON na FSCMPA no mês de março de 2017, que se encontravam em bom estado físico e emocional, dentro dos critérios de inclusão propostos: puérperas, de pós-parto normal, internadas na instituição em questão, com idade superior a 18 anos, independente do número de filhos e tipos de partos anteriores, que estavam em ALCON com o recém-nascido, e que aceitaram participar do estudo. As entrevistadas receberam o nome de flores como pseudônimos para manter o sigilo acerca de suas identidades.

A idade das mulheres variou entre 18 e 43 anos. Em relação à paridade, 07 (sete) haviam vivenciado a experiência do primeiro parto normal; 05 (cinco) haviam vivenciado o segundo nascimento, sendo todos partos vaginais; 02 (duas) mulheres haviam tido quatro partos, sendo que apenas 01 (uma) havia tido uma cesárea anterior; 01 (uma) havia vivenciado o terceiro nascimento de parto normal; e apenas 01 (uma) havia tido cinco partos, todos vaginais. Tais dados podem ser observados no Quadro 1, abaixo.

Quadro 1 – Dados pessoais e obstétricos das entrevistadas na FSCMPA no mês de março de 2017.

Sujeito		Idade	Antecedentes obstétricos		
			Gesta	Paridade	Aborto
01	Rosa	21 anos	02	01 N	01
02	Girassol	18 anos	02	02 N	00
03	Lavanda	21 anos	01	01 N	00
04	Orquídea	21 anos	02	02 N	00
05	Violeta	22 anos	01	01 N	00
06	Jasmim	41 anos	02	02 N	00
07	Tulipa	29 anos	05	05 N	00
08	Copo de Leite	18 anos	02	02 N	00
09	Gardênia	26 anos	01	01 N	00
10	Margarida	26 anos	02	01 N	01

11	Acácia	25 anos	03	03 N	00
12	Ipê	28 anos	02	02 N	00
13	Flor de Lis	30 anos	04	04 N	00
14	Cravo	43 anos	04	03 N/01 C	00
15	Anis	21 anos	01	01 N	00
16	Íris	21 anos	01	01 N	00

Fonte: elaborado pelas autoras de acordo com o instrumento de coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro (APÊNDICE B), mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), após explicação sobre a finalidade do estudo.

Segundo Manzini (2003) a entrevista semiestruturada está centrada em um contexto sobre o qual se produz um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode fazer surgir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas, sendo necessárias perguntas básicas para atingir o objetivo da pesquisa. Dessa forma, o autor ressalta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos.

O período de produção de dados compreendeu o mês de março de 2017, após aprovação nos comitês de ética em pesquisa e autorização da gerência de pesquisa da instituição e gerência de enfermagem do ALCON. As mulheres foram abordadas no próprio alojamento conjunto, após serem selecionadas pelas pesquisadoras a partir dos critérios de inclusão propostos. Após os esclarecimentos sobre o estudo, as mulheres que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), em duas vias, ficando uma com a entrevistada e outra com as pesquisadoras que se responsabilizam pela guarda do termo, juntamente com o todo o material gerado pela pesquisa, pelo período de cinco anos.

O instrumento de coleta de dados desenvolvido para este estudo possuía duas partes, a primeira referia-se a dados pertinentes para a caracterização das entrevistadas, a segunda continha questões abertas relacionadas ao objetivo da pesquisa (APÊNDICE B).

As entrevistas ocorreram de forma tranquila, respeitando o espaço e a disponibilidade das entrevistadas, porém em alguns momentos foram necessárias pausas para que a puérpera atendesse o recém-nascido em suas necessidades de choro, atenção e aleitamento, bem como foi necessário parar em alguns momentos para a realização de procedimentos ou atendimentos às puérperas pela equipe do ALCON. Apenas 05 (cinco) puérperas recusaram-se a participar do estudo, sendo respeitadas dentro dos critérios de exclusão, por não terem condições físicas, emocionais e/ou psicológicas para responder aos questionamentos e por não quererem participar da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise dos dados. A transcrição se deu na íntegra, mantendo a subjetividade das falas, característica da pesquisa qualitativa, e cessaram quando foi atingida a saturação dos dados.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), elegendo-se a análise categorial, que a partir de um título genérico, reúne grupos de elementos, cujo agrupamento é efetuado em razão dos caracteres comuns de seus elementos.

A pré-análise consistiu na leitura das entrevistas que foram analisadas, retomando os objetivos do estudo. Os depoimentos foram interpretados exaustiva e atentivamente. Após diversas leituras, foram apreendidas unidades de contexto e, destas, retiradas unidades de registro de acordo com a temática previamente estabelecida no roteiro de entrevista. A confluência das unidades de registro deu origem aos núcleos de significado e estes às categorias. Um núcleo direcionador foi analisado: **“Percepções e vivências acerca da humanização na assistência obstétrica durante o trabalho de parto e parto normal: o olhar das mulheres”**, dando origem à cinco categorias: 1) “O Parto Humanizado: Conhecimento x Desconhecimento”; 2) “A importância da orientação no ciclo gravídico puerperal: o caminho desde o pré-natal até o processo de parto e nascimento”; 3) “Práticas na atenção ao parto e nascimento: a humanização sob as perspectivas das puérperas”; 4) “A importância do vínculo com os profissionais de saúde no contexto do processo parturitivo com vistas à humanização”; e, 5) “A violência na assistência obstétrica na percepção das puérperas: o caminho inverso à humanização no parto”.

O tratamento dos resultados foi realizado mediante a organização desses nas categorias emergidas. A interpretação e discussão das categorias encontradas foram feitas com o suporte da literatura científica existente sobre o assunto.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este trabalho obedeceu à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisa com seres humanos, que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas. Sendo assim, as informações foram coletadas após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBBB), da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob parecer nº 1.910.711 (ANEXO A) e da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), sob parecer nº 1.940.955 (ANEXO B).

Sendo assegurada a privacidade das entrevistadas e garantido o sigilo dos dados. Para garantir o anonimato e não causar constrangimento às participantes, seus nomes foram substituídos por pseudônimos (nome de flores).

As participantes receberam todas as informações acerca do estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde foram esclarecidas as dúvidas que, por ventura, surgiram.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL: O OLHAR DAS MULHERES

Os resultados da pesquisa foram construídos a partir de um núcleo direcionador central que deu origem a 134 (cento e trinta e quatro) unidades de contexto, 172 (cento e setenta e duas) unidades de registro, 19 (dezenove) núcleos de significados e 05 (cinco) categorias de análise, perpassando pela percepção e vivências das mulheres acerca da humanização no trabalho de parto e parto normal e pelos conhecimentos destas mulheres acerca da temática.

5.1.1 O Parto Humanizado: Conhecimento x Desconhecimento

Evidenciou-se que as mulheres, dentro de suas percepções e vivências acerca do parto humanizado, apresentam relatos que variaram tanto com algum conhecimento sobre a temática como relacionados ao total desconhecimento.

Percebeu-se que possuíam um conhecimento ainda confuso, adquirido em alguns casos a partir dos meios de comunicação e, outros a partir de conversas com outras gestantes durante a espera pelo atendimento no pré-natal.

Na maioria dos relatos pode-se observar que o parto humanizado é visto como o parto natural, sem intervenções desnecessárias, algo inovador, em um ambiente confortável e que necessita de um estabelecimento de vínculo com os profissionais que conduzem essa assistência, onde os mesmos possam acolher e orientar essa parturiente da melhor forma possível, como mostram as falas a seguir:

“Sobre a humanização eu achei uma coisa inovadora, que a pessoa se sente mais à vontade, mais confortável dependendo do ambiente também né, em poder ser em outro ambiente não sendo o hospital, aí traz um conforto, uma calma porque a pessoa fica ansiosa” (MARGARIDA)

“Já ouvi falar sim sobre o parto humanizado, lá no meu município, no pré-natal algumas meninas conversaram comigo, sobre o parto humanizado. É tipo, é ficar na banheira com água, se agachar, fazer alguns exercícios, tomar banho e tudo que é muito bom... acho bacana né, se bem que na hora da dor a gente não quer... mas é legal. Eu acredito que seja importante, pelo menos desconcentra mais da dor, sai um pouco mais rápido né? (...).” (CRAVO)

“Eu entendo que seja um parto que tenha o mínimo de intervenção cirúrgica. Um parto que você, a mãe sente as dores até o fim (...).” (IRÍS)

“Bem, só que a... o bebê tem que sair naturalmente, sem uso de nada. Sem nenhuma ocitocina, eu acho, essas coisas naturalmente, né?! Na vontade dele.”
(ORQUÍDEA)

O parto humanizado emergiu também como algo que está relacionado com a boa conduta profissional-parturiente, respeitando o momento da mulher. Enfatiza a relação de uma boa equipe, no repasse de segurança e boa condução do parto, e após sua experiência positiva refere que indicaria o parto humanizado para todas as mulheres:

“Na verdade, parto humanizado é ter respeito com o profissional, ele ter a ética no trabalho, após o nascimento, ele colocar a criança em contato contigo, porque é muito importante a gente escutar aquele chorinho que é tão gostoso. É bom que todos conhecessem um pouco sobre isso, mas infelizmente não é bem assim. Eu entendo por isso, ser aquele respeito, carinho, bom atendimento, que passem segurança pra gente, porque tu está em momento delicado, e se te tratam com arrogância, tu se sente insegura de ter o teu bom parto, teu filho na mão de um bom profissional.” (ANIS)

Um dos principais desafios para instituir o parto humanizado no ambiente hospitalar, está muito ligado às práticas rotineiras de cada instituição, assim como à conduta profissional, como o excesso de intervenções médicas desnecessárias, que muitas vezes deixam sequelas na vida dessas mulheres, a falta de vínculo e de informação a respeito dos procedimentos realizados, são os exemplos mais comuns. A puérpera Violeta, nesse sentido, relatou ter conhecimento sobre o parto humanizado, mas esbarrou na falta de orientação e informação a respeito dos métodos de alívio da dor, por exemplo, onde afirmou que fez o uso dos métodos por conta própria:

“Já ouvir falar na minha faculdade (Terapia Ocupacional). É uma forma mais natural possível da mãe e do bebê terem esse primeiro contato (...) basicamente seria isso, uma forma mais (...) assim da mãe com o filho, aproximar mais eles, ser algo mais íntimo, nesse primeiro contato, mais fácil, mais simples pra eles. Eu vi as coisas lá na sala, mas eles não me orientaram a usar. Eu usei mesmo, por conta própria, as coisas que eu vi, porque eu já tinha pesquisado.” (VIOLETA).

A gestante deve ser respeitada na sua totalidade, respeitando assim seus aspectos físicos, emocionais, psicológicos e culturais, devendo ter liberdade de escolha e segurança durante todo o seu atendimento. Segundo Silva et al. (2016a) o período do parto já torna a mulher mais frágil e vulnerável, sujeitando-a a situações em que ela se sente insegura, sendo assim primordial que haja uma relação de respeito e humanização no atendimento.

Por isso, para Scarton et al. (2015), os profissionais responsáveis pela prestação de cuidado à essas mulheres devem estar atentos, desenvolvendo um olhar diferenciado para as especificidades da mulher, durante o processo de trabalho de parto e a vivência da dor.

Essa atenção à parturiente envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam promover um parto e nascimento saudáveis, com garantia de que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para mãe-filho (DODOU et al., 2014). De acordo com Ferreira et al. (2013) essa humanização no trabalho de parto e parto deve ser transmitida de forma positiva e única, permitindo que sejam criados vínculos, contato humano, acolhimento, explicando, ouvindo, ações indispensáveis para uma humanização, e refere que o PHPN também traz um importante cuidado físico, a redução de intervenções, privacidade e o empoderamento à mulher e juntamente o seu respeito.

Evidenciou-se então que o parto humanizado deve ser encorajado, visto que não é apenas mais uma técnica para ajudar a mulher a dar à luz, mas um conceito segundo o qual a gestante tem o direito de escolha sobre como quer ter o bebê. É uma nova forma de encarar o nascimento, que deixa de ser um procedimento essencialmente médico, para ter a parturiente como protagonista (CUNHA; GOMES; SANTOS, 2012). Vale ressaltar que boa parte das mulheres entrevistadas nesta pesquisa tem a compreensão correta do que deve ser o parto humanizado.

As falas de algumas mulheres demonstram que ainda há certo desconhecimento sobre o que seria de fato o parto humanizado, sinalizando assim para a falta de orientação, e informação durante todo período gestacional como vê-se nos depoimentos que seguem:

“Ainda não ouvi falar sobre o parto humanizado.” (LAVANDA)

“Não! Nunca ouvi falar sobre parto humanizado.” (TULIPA)

“Esse tipo do meu, foi? Eu acho que foi sim pelo fato de ser normal, já é um indicio, né? Porque eu não tive, não foi preciso fazer corte, nenhum procedimento cirúrgico. Foi na base da força mesmo, foi eu e eu mesmo [...]” (MARGARIDA)

Outras ainda referem já terem tido informação sobre o tema por meio dos meios de comunicação, como televisão e internet, mas não sabiam de fato explicar o que seria a humanização no parto:

“Não. Algumas coisas já ouvi falar na televisão. Agora pegou.” (ACÁCIA)

“Não, isso aí nadinha, mas eu já sabia de outros partos já. É dentro d’água, não né? Já vi no youtube, já pesquisei essas coisas, mas não entrei no assunto. É o parto normal? É só isso que eu sei.” (FLOR DE LIS)

O uso dos meios de comunicação como fonte de informação de saúde vem se tornando cada vez mais popular. Sendo assim de acordo com Guimarães e Ferrari (2011) os

profissionais da saúde devem verificar se seus pacientes utilizam tal recurso, reconhecer esta mudança de comportamento e preparar-se não só para discutir tais informações com o paciente, mas também sugerir websites com informações confiáveis e auxiliá-los a avaliar a qualidade das informações disponíveis online.

A partir dos relatos pode-se notar o desconhecimento sobre o processo de humanização do parto, a partir dos relatos, onde as informações prestadas durante o pré-natal realizado nas unidades de saúde não atendem ao que está preconizado pelo MS. As entrevistadas não foram informadas sobre aspectos essenciais de um trabalho de parto e parto normal com preceitos da humanização. A precariedade do pré-natal dessas mulheres, onde possivelmente houve uma orientação bastante superficial, sem informações adequadas dos direitos que as mesmas possuem, reflete na falta de conscientização dos profissionais em reconhecer a mulher como protagonista do parto e adotar o diálogo voltado principalmente para as questões referentes a Política de Humanização do Parto e Nascimento.

É direito da mulher ter uma assistência de qualidade, onde todos seus medos e suas dúvidas sejam esclarecidos e respeitados. O que reflete a necessidade de mudança no cenário atual de assistência ao parto, com vista à qualificação profissional e a motivação dos trabalhadores envolvidos no processo de parto e nascimento (SCARTON et al., 2015). Alia-se o acompanhamento pré-natal à prevenção ou minimização de complicações durante a gestação, caracterizando esse espaço como de aprendizado, autoconhecimento e trocas entre as gestantes e os profissionais de saúde responsáveis por meio de consultas e visitas domiciliares (BARRETO et al., 2013).

De acordo com Viana et al. (2014) a humanização vem sendo discutida demasiadamente, porém ainda se está muito longe de implantar efetivamente este programa, onde a atenção dispensada à mulher torna de fundamental importância para que ela possa vivenciar a maternidade com saúde e bem-estar. É um direito primordial de toda mulher. Os profissionais da área devem estar preparados para garantir o acolhimento desta grávida, do seu companheiro e de seus familiares, de forma que respeitem este momento.

A partir disso é explícito que o parto humanizado deve ser valorizado por proporcionar poder de escolha a partir de um vínculo mais solidário entre os profissionais e a parturiente, promovendo uma evolução efetiva para o bom trabalho de parto, para a saúde das mulheres e crianças. Com isso, o respeito ao direito da mulher, privacidade, segurança e conforto, como parte de uma assistência humana de qualidade e apoio familiar durante o nascimento transformam o processo de parturição em um momento único e especial (CUNHA; GOMES, 2012).

Baseado nesses direitos e reconhecendo a necessidade de humanização do atendimento à mulher e a individualidade de cada uma, Scarton et al. (2015), afirmam que é preciso fortalecer o cuidado de enfermagem baseado em evidências científicas e abolir/modificar práticas reconhecidamente ineficazes e/ou prejudiciais à mulher e ao recém nascido, durante o processo de parto e nascimento, tornando todo o processo mais prazeroso e benéfico para a relação mãe-filho.

De acordo com Pinheiro e Bittar (2012) é importante ressaltar que a humanização do parto não se restringe a um momento específico, não se inicia no centro obstétrico, mas envolve todo um processo, que tem início no pré-natal, com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, levando em consideração as necessidades da mulher na admissão e no parto.

Nesse sentido, o estudo de Ribeiro et al. (2010), que teve como objetivo verificar o conhecimento das puérperas sobre o parto humanizado, realizado em uma instituição do Vale do Paraíba, no município de Jacareí, corrobora com os achados nesta pesquisa, tendo em vista que constatou que as puérperas abordadas, não possuíam conhecimento suficiente sobre o tema em estudo, apesar de terem realizado várias consultas durante o pré-natal. Ao questionar as puérperas sobre a definição de parto humanizado a maioria não sabia o que é ou nunca tinha ouvido falar. Concluindo que durante as consultas de pré-natal não receberam informações suficientes sobre humanização e seus direitos em relação ao período de internação para realização do parto.

De acordo com o mesmo autor durante o processo gravídico-puerperal, é papel fundamental do enfermeiro, gerar informações de segurança, esclarecer os direitos da gestante e suas dúvidas, entre outras ações benéficas, para que toda família seja admitida na maternidade segura e confiante durante o trabalho de parto e parto. Afirmando que a participação do enfermeiro durante o pré-natal exerce importante papel para a humanização neste evento tão importante – o nascimento.

No estudo realizado em uma maternidade pública de Teresina – PI, de Monte, Gomes e Amorim (2011) descreveram sobre a percepção das puérperas quanto ao parto humanizado, trazendo em seus resultados o conhecimento acerca do serviço prestado no centro de parto normal e a importância do acompanhante visto como apoio ao nascimento, demonstrando que mesmo as que não conheciam tal procedimento anteriormente passaram a entender como ele funciona e todas mostraram interesse de futuramente ter seus filhos de modo humanizado.

5.1.2 A importância da orientação no ciclo gravídico puerperal: o caminho desde o pré-natal até o processo de parto e nascimento

Das vivências das mulheres entrevistadas neste estudo emergiram aspectos relacionados às diferentes fases do ciclo gravídico puerperal, tendo o papel da orientação desde o pré-natal até o nascimento recebido destaque.

As orientações durante o pré-natal foram identificadas como marco importante para a boa assistência prestada, porém apenas uma pequena parte das entrevistadas receberam informações pertinentes sobre a gestação, trabalho de parto e seus direitos durante esse ciclo, como preconizado pelo MS, percebidos nas falas a seguir:

“Têm muitos direitos, mas o que mais me chamou a atenção foi esse, de como ter a criança. Aí tinha lá algumas opções e a que mais me chamou a atenção foi essa de que eu podia ter junto com meu esposo. Eu vi na caderneta do pré-natal, eu achei interessante essa forma de estimular e também ficar embaixo do chuveiro, eu acho que seria uma ótima forma de um pré-parto, pra poder ajudar. Quando eu peguei a caderneta eu li ela completa, aí eu ficava perguntando algumas coisas pra médica de lá do postinho, sobre o leite, porque eu pensava que a mãe tinha que ter o leite bem antes de ter a criança, mas ela me explicou que não.” (IRÍS)

“No pré-natal disseram que eu tinha direito a acompanhante, é... qualquer pessoa no caso, mãe, esposo, qualquer pessoa. Aí falaram do acompanhante, a respeito da maneira dos profissionais tratarem a gente... Algumas outras coisas que eu não lembro.” (JASMIM)

“Meu esposo me acompanhou, eu sabia que tinha direito ao acompanhante, me falaram no pré-natal e tem na caderneta também, eu li já. Lá fala também que caso não tenha leito no hospital, é eles que nos mandam pra outro lugar, não a gente que vai atrás. Fiz 8 consultas no pré-natal e todas as vacinas também.” (FLOR DE LIS)

Apesar da comunicação entre as gestantes e os profissionais envolvidos no pré-natal mostrar-se em alguns aspectos, como positiva, ressalta-se a necessidade de prepará-las efetivamente para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal (LAMY; MORENO, 2013). É preciso enfatizar a importância das gestantes visualizarem o acompanhamento pré-natal como um cuidado, uma vez que a compreensão de iniciar o pré-natal precocemente e a manutenção da periodicidade é fator positivo para o bom acompanhamento deste período (BARRETO et. al., 2013).

A ação educativa durante o pré-natal é de extrema relevância, pois é nessa ocasião que ocorre a preparação tanto física como psicológica da mulher para o ato da maternidade. A qualidade do pré-natal influencia na cadeia de crenças e opiniões sobre as vias de parto e, conseqüentemente, sobre a escolha final. O profissional de saúde, no papel de educador, tem que estar atento a esta assistência (FIGUEIREDO et al., 2010).

A atenção pré-natal deve ser qualificada e humanizada e promover o acolhimento e a escuta da mulher e de seu acompanhante. Tal perspectiva pressupõe o estabelecimento da relação de cuidado, que implica em resgatar a subjetividade, assegurar direitos inalienáveis e construir relações humanas democráticas, superando as assimetrias de poder que ainda permeiam a sociedade, em particular na assistência à saúde da mulher (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Reis et al. (2017) afirmam que a informação caracteriza-se como fator essencial e constitui a base para que a parturiente tenha autonomia para escolher ou recusar todo procedimento que diz respeito ao seu corpo, assim como o apoio dos profissionais e a assistência extra-hospitalar. No entanto, se não estiver claro para as mulheres quais são seus direitos e como elas podem reivindicá-los, esta possibilidade torna-se ainda mais distante, tornando assim estas meras receptoras da assistência e é o que se percebe nos achados deste estudo, que apesar de receberem algumas informações e até mesmo de realizarem mais de seis consultas, são informações que não ficam claras ou as mulheres não recebem de forma que compreendam seu papel e seus direitos efetivamente.

Sabe-se o quão relevante é o início da assistência pré-natal, bem como sua continuidade, para que o desfecho da gestação seja favorável, tanto para a mãe quanto para o bebê. Sendo assim a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para dialogar e esclarecer questões pertinentes, singulares para cada gestante, mesmo que estas tenham tido a experiência em gestações anteriores. Esse diálogo e o vínculo são de importância ímpar, pois minimizam a ansiedade da gestante e favorecerem um parto mais tranquilo e saudável para a mãe e para o bebê (SILVA; ANDRADE; BOSSI, 2014).

A partir dos relatos, é notório que há uma precariedade na assistência pré-natal prestada às mulheres. Sendo o mesmo, baseado apenas na realização das consultas e exames, sem a orientação adequada e informações importantes que essas mulheres devem receber durante a gestação. Informações essas que influenciam na escolha do tipo de parto, identificando seus benefícios, bem como orientação específica para as condutas referentes ao momento do parto e pós-parto:

“No pré-natal não falaram, pré-natal foi só pra exames e medicações, só. Nenhuma conversa.” (IPÊ)

“Fiz todas as consultas. Não me orientaram lá onde eu fiz o pré-natal, só fizeram um exame de sífilis, HIV... E me falaram que eram de três em três meses, e lá não, só fiz uma vez que foi pelo começo do meu pré-natal.” (LAVANDA)

“Fiz direitinho. Acho que 8 consultas. Não falaram, eu fui pega de surpresa porque eu não sabia que podia ficar um acompanhante lá.” (ACÁCIA)

Percebe-se a escassez do repasse de informações durante o pré-natal e a pouca qualidade dessas informações, onde o estabelecimento de vínculo e acolhimento, que deveriam conter orientações adequadas e amplificadas, se dá de forma superficial.

Para Ognibeni (2009) o pré-natal é um período de preparação, física e psicológica, onde o repasse de informação profissional deve se dar de forma clara e intensa, para que possa haver preparo adequado à mulher, para o parto e a maternidade. Deve conter como características principais um bom acolhimento, a qualidade e a humanização.

No entanto apesar dos avanços e das conquistas do SUS, ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão no que se refere ao modo como a gestante é atendida nos serviços de saúde pública, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde ocorrem a maioria dos atendimentos do pré-natal de baixo risco (SILVA; ANDRADE; BOSSI, 2014).

De acordo com Costa et al. (2009) o acompanhamento pré-natal na atenção básica, é sistemático e organizado, atendendo à normatização preconizada acerca da periodicidade das consultas, e das ações a serem realizadas, permitindo o desenvolvimento do vínculo, e atribui aos serviços de saúde o reconhecimento dos mesmos como locais adequados para o desenvolvimento de um trabalho individual ou coletivo, de orientação e preparo da gestante para o parto, na perspectiva da desconstrução de um modelo de medicalização e de práticas intervencionistas ligadas ao parto. A partir da análise das falas das puérperas, neste estudo, pode-se observar que a realidade da assistência pré-natal, em alguns casos, ainda é precária e diferente do que é preconizado pelo MS, se restringindo apenas a periodicidade das consultas e realização de exames.

Como previsto pelo MS (2002), no pré-natal a gestante deve receber orientações relacionadas ao seu processo gestacional, as mudanças corporais e emocionais durante toda a gravidez, bem como sobre trabalho de parto, parto e puerpério, e para tanto é imprescindível que os profissionais de saúde atuem de maneira a preparar essas mulheres, através de medidas educativas, repassando informações a respeito de todo ciclo gravídico-puerperal, durante as consultas de pré-natal.

Sendo assim o período pré-natal é exatamente o momento mais adequado, onde se oportuniza o trabalho educativo na assistência destas mulheres, preparando-as, juntamente com seu (s) acompanhante (s) para o parto (LAMY; MORENO, 2013).

A humanização deve começar na primeira consulta de pré-natal, pois uma gestante que tenha recebido um bom preparo nesta fase seja, por orientações adequadas, participações em grupos de gestantes e até mesmo manipulação e reflexão de materiais informativos, chegam mais preparadas aos hospitais: emocionalmente, socialmente, fisicamente e detém melhor o conhecimento de seus direitos legais, para a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério mais facilitada e menos estressante (MAIA, 2010).

Nesse sentido percebeu-se também que as informações recebidas durante o pré-natal no intuito de prepará-las para o parto, independente da via, foram insuficientes. As justificativas das mães que percebem as informações da equipe pré-natal como insatisfatórias, condizem com as falas, pois em nenhum momento foi citado alguma orientação profissional consistente, em específico para esse momento do trabalho de parto, parto e puerpério.

Quanto às orientações realizadas pelos profissionais durante o trabalho de parto e parto, observou-se que as mesmas receberam algumas orientações, como se vê nos relatos abaixo:

“[...] Ele foi super bom comigo! Me ensinou tudinho, como era pra mim está, me falou que quando viesse a dilatação, pra me fazer bastante exercício e foi que ele veio mais rápido.”(ROSA)

“A respiração, eles falam muito... Quando eu cheguei a enfermeira me ensinou a respirar, porque eu tava respirando rápido, só que depois não adiantou nada, só gritando mesmo.” (IRÍS)

“Força só quando a dor viesse bem forte aí eu fazia o movimento pra criança nascer. Tinha um médico, duas enfermeiras e uma médica que fez o meu parto e a minha mãe, aí eles iam falando e me orientando e eu ia fazendo, foi isso.” (GARDÊNIA)

“Orientaram quanto as contrações e orientaram a sempre fazer força pra baixo! Falaram que se ficasse deitada ia demorar mais, vai ser pior ainda, tem que andar, que é pra ajudar na dilatação, elas falaram isso.” (JASMIM)

“[...] Quem conversou comigo foi mais uma moça, não sei se ela é médica ou enfermeira, ela me explicou que tava fazendo episio em mim, o que ela tava fazendo, quantos pontos ela ia dar, se ainda tava sentindo a anestesia. Então ela deu mais atenção do que o doutor.” (IPÊ)

É preciso que os profissionais de saúde adquiram a percepção de que a mulher é por direito a protagonista de seu parto e, ao terem isso em mente, reformulem a forma de cuidar. Essa percepção não deve ser exclusiva à atenção hospitalar, mas deve se iniciar na atenção básica para que a mulher ainda no pré-natal obtenha todas as informações necessárias para fazer o planejamento do seu parto (SILVA et al., 2016b).

A importância do manejo da informação profissional-parturiente, e a forma que essa informação será repassada, pode criar um sentimento de segurança, onde a mulher possa se sentir bem assistida. É necessário que todo procedimento a ser realizado, seja ele invasivo ou não, esteja claro para a mulher, cabendo a ela aceitá-lo ou recusá-lo.

De acordo com Pinheiro e Bittar (2012) o papel do profissional que assiste à mulher é, além de fornecer as orientações em geral, tais como saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios; estimulá-la a fazer uso do banho de chuveiro, à deambulação, a praticar exercícios de agachar e levantar e exercícios com a bola, aplicar-lhe massagem, enfim, fazer uso de quaisquer recursos para tornar o processo em si menos doloroso e fazer com que a mulher que mais relaxada e colaborativa. Dessa forma, é possível reconhecer na “atenção” recebida pelas parturientes e que foi considerada como um diferencial na experiência da parturição, dois aspectos fundamentais da humanização: o acolhimento e o vínculo.

O momento do parto é um momento singular na vida de cada mulher, e deve ser vivido de forma digna e humanizada, para que possa ser sempre remetido às boas recordações, sem traumas presentes ou futuros. Apesar da dor e sofrimento do parto, é necessário que esse evento seja visto como um processo fisiológico do corpo humano, e não como patológico. Para isso, medidas não farmacológicas de alívio a dor, têm se mostrado como grande aliada no processo de parir. Muitos relatos perpassaram por esse aspecto no que tange a vivências dessas mulheres, o que demonstra um fortalecimento da atenção ao parto e nascimento, a partir do uso de tecnologias cientificamente comprovadas como adequadas para este período. É o que pode-se evidenciar nos depoimentos que seguem:

“A escadinha ajudou um pouco porque a gente vai fazendo uns exercícios lá e parece que a dilatação aumenta mais ainda, essa parte eu achei bom, manda a gente andar e fazer os exercícios pra dor, ajudar ainda mais pra ser um parto mais rápido.” (ACÁCIA)

“As massagens pra aliviar a dor melhorou, até uma enfermeira fez também e melhorou, mas só ameniza um pouco, relaxa um pouco.” (MARGARIDA)

“Mandaram a minha mãe fazer massagens, aí ela fazia e aliviava a dor. Foi muito sofrido, mas graças a Deus tá tudo bem, meu bebê tá aqui.” (GARDÊNIA)

É notório que o papel dos profissionais na orientação e apoio aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, ajudou perante a dor e na progressão de um bom parto, tornando a vivência do parto algo visto como positivo pelas mulheres. Informações como a realização de exercícios que amenizam a dor e melhoram da posição de encaixe do bebê na bacia, como também auxiliam a dilatação, são importantes. Essas orientações, além de mantê-

las informadas sobre o progresso do parto, lhes passam segurança e lhes garantem a participação ativa na realização de medidas que visam o seu bem-estar na hora do parto.

As práticas não farmacológicas têm sido utilizadas como métodos de primeira escolha para o alívio da dor e o desconforto na parturiente. Dentre estes recursos encontra-se a bola suíça, o cavalinho, e as técnicas de respiração e relaxamento (SILVA, 2009).

A liberdade de posição e de movimentos, assim como os métodos não farmacológicos para alívio da dor, são classificados pela Organização Mundial de Saúde, entre outras, como uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada. Uma tentativa de melhorar a adesão das mulheres aos métodos do alívio da dor seria a informação fornecida desde o início da gestação, sendo estendidas tais informações ao companheiro e à família, além de ser necessário que a parturiente receba as informações sobre o trabalho de parto e o parto, pois no momento da internação as orientações dos profissionais de saúde devem ser recebidas como reforço e não como uma nova informação (CUNHA; GOMES, 2012).

Essas práticas, também são uma forma de incentivar a manutenção da autonomia da mulher na hora parto, pois ela deve escolher a forma que é mais favorável a ela e ao seu bebê, além de desfocar a visão de que, por ser um parto intra-hospitalar, ela precisa ficar deitada em uma maca o tempo todo, mantendo-se em uma posição horizontal. As orientações recebidas durante o trabalho de parto e parto se constituem de vital importância para que essa mulher exerça seu protagonismo. Em relação aos cuidados não farmacológicos segundo Campos et al. (2016) foi visto que devem ser explorados no alívio da dor, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções.

É fato que toda informação referente ao ciclo gravídico-puerperal, deveria ser repassadas na atenção primária, no pré-natal. Porém, sabe-se que muitas mulheres não tem orientação adequada, e chegam ao parto desconhecendo seus direitos e dificultando sua soberania no poder de decisão. Observa-se nas falas a seguir que as mulheres além de não receberem orientações sobre o trabalho de parto e parto no pré-natal, não recebem também no período parturitivo, o que complica mais ainda a situação, podendo fazer com que o parto seja uma vivência negativa para as mulheres.

“Não tive orientação, assim eu achei melhor ficar deitada mesmo. Não tive orientação que podia levantar e fazer essas coisas. Essas orientações não me passaram.” (LAVANDA)

“Sobre a informação, creio que faltou e muito e não é só pra umas não, é para todas as mulheres que precisam disso.” (ACÁCIA)

“Eles tinham que repassar isso pras grávidas. Agora já sei sobre parto humanizado! Porque às vezes a gente não tem nem o que cobrar, porque não explicam pra gente que a gente tem direito a isso, a informação.” (LAVANDA)

“O certo mesmo era eles terem me ajudado na hora das dores. Eles ficavam só olhando. Eu chamava, dizia: “ei moço vem aqui, me ajuda”, aí eles diziam “não, bora mãezinha faz força você mesma”! Aí eu fiquei só! Já é a terceira vez que venho pra cá, depois dessa não volto mais nenhuma.” (TULIPA)

O suporte dos profissionais de saúde durante o trabalho é observado como reconfortante e significativo para as mulheres. Pois o cuidado pautado no bem-estar, na preocupação do profissional com o desenvolvimento do parto, com a saúde da mulher e do bebê, assim como escutar as necessidades da parturiente é imprescindível para a criação de vínculo e afeição, tornando o momento menos apavorante, transformando-o em um momento de amor, cuidado e conforto, sempre valorizando a singularidade de cada mulher e família (SILVA et al., 2017).

Para Reis et al. (2017) é comum que alguns procedimentos sejam realizados, ou até mesmo impostos, sem o consentimento da mulher ou até mesmo sem ter tido informação. Essa imposição é considerada uma violação do direito da mulher à sua integridade corporal e de estar livre de maus tratos. Em alguns casos em que há informação, não lhes é oferecida a oportunidade de participar da decisão sobre o seu corpo, o que leva a um entrave na obtenção e realização do exercício de sua autonomia. Essa ausência de comunicação por parte dos profissionais demonstra, de certo modo, o descaso quanto ao direito à informação dessas mulheres.

Logo, segundo Silva et al. (2017) o profissional poderá ser mais presente no momento do parto, demonstrando afeto, atenção, segurança e, principalmente, um ser humano. Um ser que não veja no outro apenas mais uma parturiente, mas alguém carente de cuidados, de atenção e carinho. É inegável o papel do profissional que assiste as gestantes durante o trabalho de parto, assim, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres (CAMPOS et al., 2016).

Nota-se, neste estudo, que muito ainda precisa se avançar nos aspectos da orientação, embora muitas práticas já sejam desenvolvidas visando o parto e nascimento com qualidade, é preciso permitir que a mulher seja a protagonista. Os relatos demonstram com muita expressividade que esse protagonismo não é estimulado da forma como deveria ser, já que as mesmas não possuem o conhecimento adequado a respeito dos seus direitos, e raramente

foram encorajadas para o exercício do protagonismo e da capacidade de decisão sobre questões relacionadas ao seu parto, o que em muitos casos, a partir da percepção das mulheres, enfraquecem as vivências positivas sobre o parto normal e nascimento.

5.1.3 Práticas na atenção ao parto e nascimento: a humanização sob as perspectivas das puérperas

Diversas práticas foram mencionadas pelas mulheres relacionadas às vivências de humanização no parto, dentre elas destacam-se a presença do acompanhante, o contato pele a pele imediato com o RN ao nascimento e o parto normal propriamente dito como via de parto de preferência das mulheres.

A presença do acompanhante constituiu-se como aspecto de grande importância na percepção das mulheres deste estudo, visto que as mesmas sentem-se mais confortáveis pelo fato de estarem na presença de alguém de sua confiança, em um ambiente hospitalar com pessoas que até então são vistas como desconhecidas. Embora relatos sobre esse aspecto também tenham surgido em categoria discutida anteriormente, vale ressaltar que não foi um aspecto visto somente com características de importância da orientação, mas sim recebeu destaque merecido como prática de humanização reconhecida pelas mulheres. Os relatos a seguir mostram o quanto à presença de um acompanhante traz inúmeros benefícios para essa parturiente, para que o momento do parto seja vivido de forma segura e especial:

“Acho muito importante sim à presença do acompanhante, com certeza, no meu ponto de vista como mãe, como eu me dou muito bem com a minha mãe (...) acho que mãe seria a pessoa ideal para acompanhar, eu tenho meu esposo, tenho irmã, todo mundo, mas eu preferi minha mãe.” (JASMIM)

“Não me senti sozinha. O acompanhante me deixou mais segura, achei bacana isso.” (FLOR DE LIS)

Inclusive eles falavam a mesma coisa pra minha mãe, aí ela me dava força, aí eu tinha mais força ainda, pra ter ele mais rápido e aquela agonia passar. Ela falava: ‘vai passar, vai passar tu tem que fazer isso fazer aquilo’, aí eu fazia (...).” (GARDÊNIA)

Algumas mulheres relataram, que, a ausência de alguém do seu vínculo familiar, durante o trabalho de parto e parto, favorecem os sentimentos de solidão e abandono:

“Na hora que, que era pra me agachar, eu senti faltar dele porque tipo assim, era pra ele tá junto comigo, mas como eles pediram né, pra ele sair. Aí foi na hora que

essa acompanhante tava lá, aí e pedi ajuda pra ela, aí ela foi e chamou.” (COPO DE LEITE)

“É, porque já pensou se eu tivesse sozinha lá, como eu ia chamar eles? Como eu ia gritar? Eu ia ficar sozinha na sala de parto com o neném nascendo lá e sem eu ter o que fazer.” (IPÊ)

Para Dodou et al. (2014) a presença de alguém conhecido durante o trabalho de parto e parto, além de proporcionar à mulher conforto, confiança e segurança, está relacionada à minimização do sentimento de solidão e da dor nestes momentos, corroborando com os achados deste estudo.

A permanência de um acompanhante é capaz de tornar esse momento menos estressante, é uma oportunidade de promoção de um estado de calma, uma vez que a segurança está associada à necessidade de compartilhar medos e anseios com alguém de presença constante, durante o processo de parto e nascimento. Nesse sentido, o acompanhante pode constituir mais do que simples presença, se for permitida a sua participação ativa durante o processo parturitivo. Nesta condição ele deixa de ser considerado mero representante fiscalizador da assistência obstétrica, para assumir o status na rede social de provedor do suporte à parturiente (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A partir disto, percebe-se a presença do acompanhante como benéfica no parto e nascimento, sendo vista como um diferencial no modelo de parto humanizado, capaz de proporcionar à parturiente inúmeros benefícios durante todo o processo, permitindo que a mulher visualize a parturição de forma mais segura e protegida (DODOU et al., 2014).

Ainda de acordo com Dodou et al. (2014) a presença do acompanhante também contribui para tornar o parto e o nascimento mais humanizados, uma vez que essas pessoas adotam atitudes que se perderam ao longo do tempo no cuidado à parturiente, como o respeito às suas demandas, interesse pelos sentimentos vivenciados pela mulher, e o tratamento carinhoso e humano através do toque, que é representado nessas falas pelo ato de segurar a mão e de massagear as costas.

Apesar de se observar que a maioria das mulheres escolheu como acompanhante a figura da mãe, estudos evidenciam que a figura do esposo/companheiro, deve ser o primeiro a apoiar à mulher, pois embora em posições diferentes, ambos vivenciam o mesmo fenômeno. O homem/pai está ligado afetiva e emocionalmente à parturiente e ao filho que está por chegar (MELO et al., 2015).

Outra prática compreendida pelas mulheres como parte da humanização do parto é o contato pele a pele com o recém-nascido imediatamente após o nascimento, importante

conduta para a formação de vínculo entre mãe e bebê, sendo relatado como respeitado e vivenciado de maneira especial pelas mulheres, apesar de em alguns casos não ter ocorrido, devido o bebê ter necessitado de atendimento imediato após o clampeamento do cordão, como mostram as falas a seguir:

“Logo quando ele saiu, ela colocou ele em cima da minha barriga. Aí mandou eu segurar ele. Ele tava meio cansado, aí ele foi pra... tomar oxigênio. Aí eu fiquei esperando ele, pra ele vir, pra ele mamar. Aí foi que o homem trouxe ele, pra vir mamar.” (ROSA)

“Nasceu perfeito, na mesma hora ele chorou. Colocaram ele no meu colo. Ele ficou no colo, ficou procurando, só que eu não amamenteei ele, porque a médica ia limpar ele. Mas, demorou um pouco, ela ainda esperou a placenta sair. Ainda me limpou todinha. Eles cortaram o cordão dele, pra depois botar ele em cima de mim. Eles falaram pra é... na verdade eles só estavam esperando limpar ele, pesarem ele, pra amamentar.” (ORQUÍDEA)

“[...] Quando ele botou ela em cima de mim eu senti ela respirando, o coração dela batendo, mas porque a gente ainda tava com cordão umbilical.” (ANIS)

“Assim que ele nasceu, colocaram ele em mim, cortaram o cordão dele em cima de mim [...]” (MARGARIDA)

O contato mãe-filho logo após o nascimento foi também marcado por grande emoção, ao primeiro toque e olhar evidenciando o amor e afeto de um momento único e especial na vivência dessas mulheres. Esse contato precoce ajuda a fortalecer o vínculo e é visto como recompensa após toda dor sofrida durante o parto:

“No começo eu olhei assim, aquela sensação ‘eu não acredito que esse pequenininho é meu, que saiu de dentro de mim’. É uma sensação assim, eu fico ‘será que eu tô sonhando?’ Passa na cabeça né, aí eu fico pensando assim. Foi bom, foi ótimo graças a Deus. Eu tô bem, ele tá bem, é isso que importa tá com saúde.” (MARGARIDA)

“Depois do nascimento foi a coisa mais linda que me aconteceu na minha vida. Quando ele tava na minha barriga eu já sentia o amor único, depois que ele nasceu pronto.” (GARDÊNIA)

Ahhh... Foi tudo de bom! Uma sensação inexplicável! Foi muito bom esse contato (JASMIM).

“Aí, eu não sei né, não sabia se eu chorava, se eu ria, dá aquela emoção de tá vendo ele muito pequenininho, nasceu prematuro e nasceu esperto, mesmo sendo prematuro geralmente vai pra incubadora né, criança sai mais fráglzinha. Ele não, olhinho aberto querendo apoiar a cabeça assim (...) A enfermeira colocou ele em cima do meu peito, aí eu pensei assim: ‘é meu filho, olha, deixa eu olhar pra ele, ver ele direitinho, ele é meu filho e ninguém vai trocar ele não.’” (IPÊ)

“Porque é dever deles né, que eles tem que colocar do lado da mãe (...) É nosso direito de ir pro lado da mamãe, né filha?!” (COPO DE LEITE)

Com um resultado bastante significativo, o contato pele a pele do binômio mãe-filho logo após o nascimento aconteceu na quase totalidade dos partos, com exceção de alguns casos onde o RN necessitou de cuidados imediatos. Isso evidencia que as boas práticas de assistência ao parto e nascimento, como o contato pele a pele, está ocorrendo na instituição do estudo como preconizado pela OMS e MS, demonstrando assim, o quanto as relações de afeto podem ser estreitadas desde o primeiro olhar materno, diminuindo as intervenções desnecessárias nesse período, e auxiliando na continuação do estabelecimento desse vínculo a partir de processo de amamentação, pois estudos mostram que este contato precoce aumenta significativamente as taxas de aleitamento materno, tanto após o nascimento, quanto nos 2 a 3 meses de vida do bebê.

Dessa forma, há um impulso às ações de humanização do parto, entendendo-se a importância do contato inicial entre mãe e bebê, bem como do aleitamento materno na primeira hora de vida. Tais benefícios relacionam-se à redução da mortalidade infantil devido aos fatores de proteção presentes, bem como ao menor risco do acometimento por doenças respiratórias ou gastrointestinais (ROCHA et al., 2015).

O choro da criança, bem evidente no contexto do contato precoce entre mãe e bebê, desenvolveu nas entrevistadas a concepção de que o processo de parto e nascimento representa a vida. Ao presenciar o nascimento do filho, ao escutar o seu choro, as mães se emocionaram e ressaltaram vivenciar sentimentos de felicidade, emoção e sensação de bem estar, e mostraram que esse momento foi referido como “*coisa de Deus*”, como forma de gratidão e expressão de fé.

O contato pele a pele logo após o nascimento é visto como um evento que proporciona sentimentos e significados para a mãe e quem a acompanha, além de ser uma fonte de estímulo ao bebê, gerando aproximação e interação mãe/filho. Recomenda-se que, para a realização do contato pele a pele, mantenha-se um ambiente térmico neutro, pois o recém-nascido permanece sem roupas em contato com sua mãe, além de uma atitude calma e paciente por parte dos profissionais, para que não seja interrompida essa interação (KOLOGESKI et al., 2017).

De acordo Vieira et al., (2016) esse contato deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre todo binômio saudáveis. Ajudando a acalmar o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento. Além disso, auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiratórios da

criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (MATOS et al., 2010).

De acordo Scarton et al. (2015) os sentimentos de felicidade e bem-estar, manifestados nessa fase estão ligados basicamente ao nascimento do bebê. Com isso, ressalta-se que o processo de parto envolve um conjunto de dúvidas e preocupações que se iniciam na descoberta da gestação e permanecem latentes, surgindo quando a mulher pressente que o nascimento está por vir. Confirma-se neste estudo que com o nascimento do filho, as mulheres mostram alívio pela superação da dor e de todo sofrimento, além de felicidade em poder ver o filho em seus braços.

Outro aspecto enfatizado pelas puérperas dizem respeito ao parto normal propriamente dito. Todas demonstraram a preferência por esse tipo de parto, alegando ser uma via de recuperação mais rápida e ser melhor para o bebê, apesar de citarem a dor como um incômodo presente durante o trabalho de parto, o parto normal foi vivenciado de forma positiva para a maioria das mulheres como mostram as falas a seguir:

“Eu sempre esperava ter parto normal, hoje em dia é melhor, é uma dor sofrida mais é o melhor parto que tem e eu me preparei pra ter assim e consegui. [...] Mas pra mim, sempre tive comigo que o melhor era ter normal, porque às vezes previne a criança de certas alergias, doenças. Porque assim quando ele sai da barriga da mãe já entra em contato com germes, essas coisas. Tudo isso eu já vi na televisão.” (LAVANDA)

“Eu achei bom por um lado porque não vai ser preciso eu ficar numa cama operada e na demora de pós-parto de cirurgia, eu coloquei na mão de Deus e ele decidiu o que foi melhor pra mim, que foi o normal mesmo. Eu gostei, é dolorido, mas é uma dor que passa, que tu esquece, mas eu não vou esquecer não.” (MARGARIDA)

“Excelente né, porque a gente se recupera na mesma hora. A única coisa ruim, ruim não porque é o natural da vida, é as horas finais, pra eles nascerem. Fora isso, tudo foi perfeito.” (ORQUÍDEA)

Essas respostas expressam que as mulheres avaliaram os riscos e benefícios do parto e estabeleceram assim suas preferências pelo parto normal, motivado pela expectativa de recuperação rápida e pelo receio de sofrer no período pós-cesariana, mostrando dessa forma que as puérperas estão bem informadas quanto aos benefícios dessa via de parto.

O parto normal é próprio da fisiologia humana, seus benefícios são inúmeros, considerando que o corpo da mulher foi preparado para tal. A maioria das parturientes e dos neonatos é capaz de atravessar de maneira saudável o momento crítico do nascimento, sem necessidade de intervenção médica (NASCIMENTO et al., 2015).

Segundo Nascimento et al. (2015), o parto natural coloca a mulher como protagonista do ato, o centro de comando, deixando os demais na expectativa do momento em que seu

organismo em perfeito mecanismo irá concretizar o sublime, a saída do bebê, proporcionando sensação de tranquilidade, êxtase e satisfação.

Segundo Pinheiro e Bittar (2012) a experiência da parturição configura-se como uma vivência marcada pela dor, pelo medo da dor e pelo sofrimento, o aspecto doloroso do parto vaginal, é "esquecido" depois do nascimento do bebê. Mostrando assim que a dor vivenciada durante o trabalho de parto não anula a alegria e emoção que as mulheres sentem com o nascimento de seus filhos. As narrativas neste estudo, dotadas de sentimentos e emoções, revelam a importância atribuída pelas mulheres a este momento (SILVA et al., 2016b).

De acordo com Oliveira et al. (2010) a sensação de dor foi apresentada, em seu estudo, como critério para classificar esses momentos em experiência positiva ou negativa. Vale ressaltar que essa sensação, apesar de ser comum às mulheres que “dão à luz”, é influenciada por outros fatores, como medo e insegurança diante do desconhecido, abandono e solidão, prolongamento do período expulsivo, além de fatores culturais. A partir das falas das entrevistas evidenciou-se que para elas o parto normal é visto como algo também relacionado ao sofrimento, por vezes inevitável, pois a dor faz parte de todo o processo de trabalho de parto.

Logo, percebe-se que esses sentimentos tornam a vivência do nascimento do bebê conturbada, na qual além de alegria e satisfação, a mulher vive momentos de medo e tensão, receosa por sua vida e pela do conceito (OLIVEIRA et al., 2010). Por isso, para Scarton et al. (2015), os profissionais responsáveis pela prestação de cuidado à essas mulheres devem estar atentos, desenvolvendo um olhar diferenciado para as especificidades da mulher, durante o processo de trabalho de parto e a vivência da dor.

5.1.4 A importância do vínculo com os profissionais de saúde no contexto do processo parturitivo com vistas à humanização

Dentro do processo de humanização, as práticas de assistência ao trabalho de parto e parto devem ser oferecidas conforme preconizado pela OMS, nesse sentido o estabelecimento de vínculo profissional-parturiente, se constitui como essencial desde o acolhimento dessa mulher ao estabelecimento de saúde, até o momento do nascimento e alta. Uma pequena parte das puérperas descreveram esse acompanhamento como atencioso, satisfatório, onde os profissionais passavam calma e segurança durante o atendimento prestado:

“Eu achei aqui muito bom! Em uma visão geral muito bom o atendimento em comparação ao o hospital que eu poderia ter tido. Aqui foram todos... assim, cada um tem seu jeito, mas em âmbito geral foram educados, atenciosos e eu achei isso muito bom.” (IRÍS)

“Em hipótese alguma me senti só, porque a enfermeira que tava comigo ficou muito tempo conversando, passando a mão na minha cabeça, no meu braço... Conversando, sabe? E isso dá muita segurança pra gente, com certeza, foi bom fia, não posso reclamar de nada não.” (CRAVO)

“Com a médica foi perfeito. Ela me ajudou bastante.” (ORQUÍDEA)

Diante das falas evidenciam-se características assistenciais diferenciadas que apontam para práticas profissionais pautadas no modelo de cuidado humanizado como estabelecidas no PHPN. Esse modelo é determinante para que a assistência seja centrada nas necessidades das mulheres e no modo pelo qual se estabelece a relação profissional-cliente, que repercute diretamente na satisfação dos usuários acerca da assistência prestada (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Quando a equipe de enfermagem proporciona um ambiente acolhedor e cordial, sendo receptiva com as parturientes, promove o acolhimento, que implica na atenção do profissional à mulher, ouvindo suas queixas, preocupações, angústias e dúvidas, procurando dar resolutividade as necessidades identificadas, ajudando a diminuir suas ansiedades e medos relacionados ao parto (NASCIMENTO et al., 2010).

A autonomia da parturiente é de grande valor para a efetivação do parto humanizado, para isso é necessário que os profissionais da saúde a reconheçam como sujeitos ativos no processo e acolham-na pautados pela escuta ativa e pela possibilidade de proporcionar um espaço para o diálogo (FERREIRA et al., 2013).

Como reflete Caus et al. (2012), na relação empática, a (o) profissional tem a percepção das necessidades da mulher: pelo olhar, pela pele, pelo não dito, pelo silêncio, pelo gesto. É nessa atitude/cuidado que a (o) enfermeira (o) obstetra responde ao chamado da mulher, esclarecendo suas dúvidas, reanimando sua energia, renovando sua confiança para seguir adiante.

Partindo desse pressuposto, de acordo com Cunha e Gomes (2012) é que se diz que a assistência humanizada é caracterizada pelo acolhimento que surge a partir do vínculo criado pelos profissionais com as parturientes. É uma condição sinequanon dessa abordagem assistir a mulher como sujeito portador e criador de direitos, sendo recebida nesse momento com respeito, proteção e subsidiada com todo suporte necessário para que proporcione conforto e segurança.

Em oposição ao bom estabelecimento do vínculo ressaltado pelas entrevistadas acima, houve relatos em que foi visível a falta de vínculo e o sentimento de abandono e solidão vivenciado pelas mulheres no momento do trabalho de parto e parto, correlacionando assim com a insatisfação das puérperas em relação ao atendimento recebido, como mostram os relatos a seguir:

“Acho assim que poderia ter sido melhor a forma como elas dão atenção pra gente! Porque, quando a gente chamava, chegava lá, às vezes a gente fazia uma pergunta pra elas ‘ah é assim mesmo!’ ‘vai demorar’ e tal, sabe, não chegava assim pra conversar com carinho, vinha, explicar pra gente. Senti falta disso.” (JASMIM)

“[...] Aí eu só cheguei lá e ela só apareceu só pra cortar o umbigo e fazer o procedimento que eles fazem, né? Mas, foi até bom né, não foi muito atencioso, eu não tive aquela atenção toda né, que eles... entendeu?” (COPO DE LEITE)

“[...] eu tava sozinha na sala de parto, e quando ele nasceu eu tava sozinha ainda, o enfermeiro quando ele entrou, ele tava saindo assim, quase ele (o bebê) cai. Aí ele pegou ele nesses lenços assim de enxugar a mão bem rápido. Aí isso foi complicado pra mim, por eu estar sozinha lá. Nesse momento a minha mãe tinha saído, pra chamar o médico.[...] eu fiquei chamando lá de dentro, ‘alguém me ajuda! Tá nascendo, tá nascendo’. Ninguém entrava! (...) Aí ele correu e pegou, tipo assim eu sentir um descaso nessa hora, de ter chamado assim e ninguém ter vindo.” (VIOLETA)

“No momento que eu tava só na sala de parto que o neném tava nascendo não tinha ninguém, minha cunhada que correu pra chamar o médico lá, as enfermeiras. Porque eu tava só na sala.” (IPÊ)

A falta de vínculo do profissional com a parturiente acaba inibindo-a, reprimindo assim a sua autonomia, fazendo com que ela se sinta sozinha e até mesmo seus sentimentos rejeitados, não respeitados. Por ser um momento de muita tensão para as mulheres, o profissional deveria acalmá-las e orientá-las, fazer com que a parturiente se sinta bem assistida, e assim deixá-la mais segura.

O sentimento de solidão é bem evidente nas falas dessas mulheres, o que demonstra que a assistência do profissional, algumas vezes parece deixar a desejar em termo de atenção, principalmente atenção humanizada.

No estudo realizado por Santos e Pereira (2012) em uma maternidade da Bahia, que teve como objetivo compreender as vivências de puérperas sobre a atenção recebida durante o processo parturitivo permitiu desvelar que as mesmas permaneceram sozinhas na sala de parto, sendo acompanhadas apenas no período expulsivo ou no pós-parto pela equipe de saúde, corroborando com os achados da pesquisa quanto à falta de vínculo profissional-parturiente durante o trabalho de parto das entrevistadas.

Sabe-se que a falta de vínculo e de aproximação do profissional é prejudicial, pois dificulta o esclarecimento de dúvidas e favorece o sentimento de abandono, ampliando a preocupação com o estado de saúde da mulher e do seu bebê, fazendo com que o parto seja vivenciado com apreensão, insegurança e medo.

O parto é uma experiência única na vida de uma mulher, onde todo o período seja ele antes, durante ou após esse acontecimento, carrega consigo grandes sentimentos como: medo, ansiedade, expectativa, dúvidas, etc. Quando o parto é vivenciado de forma desrespeitosa, contrapondo a temática da humanização, essas mulheres se veem marcadas negativamente, vivendo sentimento de repulsa do que deveria ter sido um momento único, gratificante.

Com base no estudo de Santos et al. (2011) evidenciou-se em um estudo que a equipe multiprofissional, na maioria dos casos, não se apresentava às mulheres antes da realização de procedimentos, embora seja esta uma etapa indispensável à construção do vínculo e uma das premissas básicas do atendimento humanizado, as puérperas mostraram que em raros momentos os profissionais identificavam-se antes de realizar o atendimento. Sendo que, o estabelecimento do vínculo com os profissionais de saúde fortalece sentimentos positivos, que trazem segurança a parturiente. Confiar e conhecer a função do profissional que lhe presta assistência faz com que a paciente saiba o que esperar do mesmo, depositando nele suas expectativas quanto à sua recuperação.

Durante as falas neste estudo é perceptível que as mulheres permaneceram emocionalmente sensíveis durante o trabalho de parto, por isso esperavam que os profissionais estivessem ao lado delas, no intuito de proporcionar segurança, redução da dor e do medo do parto, ao invés disso foram vivenciado momentos de solidão e abandono por parte desses profissionais, evidenciado pelas expressões *“eu estava sozinha”*, *“e quando ele nasceu eu tava sozinha ainda”*, *“eu senti um descaso nessa hora”*.

Percebe-se, dessa forma, que as mulheres, ao permanecerem sozinhas durante o trabalho de parto, receberam uma assistência, identificada como uma violência silenciosa, indo na contramão do movimento de humanização do parto. Ainda de acordo com Santos et al. (2011) nota-se que a solidão afetou o meio ambiente interno dessas mulheres, gerando o enfraquecimento dos laços afetivos com o profissionais.

Oliveira et al. (2010) afirmam que as parturientes reagem ao que lhe é oferecido de maneira positiva ou negativa, sendo assim, os sentimentos envolvidos no processo de nascimento são bastante significativos para a parturiente. Quando percebe que os profissionais se mostram sensibilizados com a situação e se solidarizam com as expressões de dor, medo e

alegria, a mulher reage com segurança, enxergando a possibilidade de compreensão ao momento que vivencia.

Outro aspecto envolvido no processo de humanização que foi compreendido pelas mulheres do estudo como negativo, foi à assistência recebida com sentimento de desamparo e desvalorização, contribuindo para ausência de vínculo e descontentamento das usuárias com relação ao atendimento, como mostram os depoimentos abaixo:

“Porque eu já tava me sentindo muito mal, já não tinha mais forças pra andar. Aí eu falei pra elas que não aguentava mais, eu já tava na sala de parto, aí elas falaram ‘ahh, sai da cama, cama é pra quem tá doente’, Aí eu falei ‘mas eu sei o que tô sentindo’, aí a minha mãe tava do meu lado o tempo todo me apoiando nela, aí de repente, veio aquela força que eu vi que não era de mim, eu percebi que não era uma coisa normal, e é meu segundo filho, mas eu não passei por isso, do primeiro, aí eu me segurei na coitada minha mãe, quase que eu derrubo ela.”
(JASMIM)

“Porque o médico não acredita quando a gente diz que já vai nascer, eles acham que porque estudaram, são médicos eles sabem mais que a gente, mas tu sabe a dor que tu tá sentindo né, sabe a dor que sentiu no começo e a dor que tá sentindo já pra ter, é uma dor mais intensa, tu sente que tá encaixando o neném, o incômodo no canal vaginal. Então quando a gente diz que já vai nascer eles dizem – ‘Não mãezinha, a dor é assim mesmo, dói assim mesmo, só vai parar depois que nascer’”
(IPÊ)

A falta de valorização do sentimento da mulher é um entrave na efetivação de seu protagonismo perante o seu parto, além de ser um desrespeito para com a dor e o medo que ela vivencia. Ainda é muito presente a falta de humanização no cuidado dos profissionais de saúde, sem dar atenção, se fazendo ausentes, não sabendo escutar as mulheres, dificultando a intervenção de forma benéfica, para a legitimação de uma boa assistência.

A insensibilidade dos profissionais às necessidades da mulher, a falta de informações, as condições do sistema de saúde público ou privado, a insegurança e o medo revelados, e os sonhos não atingidos que acabam por produzir frustrações nessas mulheres nem sempre são superados (SODRÉ et al., 2010).

Assim, considera-se que o contato entre parturiente e trabalhador da saúde e as relações estabelecidas entre esta díade estão aquém do preconizado pelas políticas de humanização do parto e nascimento distanciando-se da idealização das mulheres acerca do tratamento que gostariam de receber na maternidade quando da vigência do nascimento de seu filho (SANTOS et al., 2011).

A política de humanização valoriza a participação ativa da mulher no momento do parto, respeitando seus valores, crenças e desejos, respeitando o momento de dor. A comunicação deve ser considerada uma competência técnica indispensável na formação dos

profissionais de saúde e deve ser utilizada de modo terapêutico e ético nas relações com as usuárias dos serviços, possibilitando que a vivência do trabalho de parto se transforme numa experiência de crescimento para mulher e sua família (WOLFF; WALDOW, 2008).

5.1.5 A violência na assistência obstétrica na percepção das puérperas: o caminho inverso à humanização no parto

A violência obstétrica surgiu expressivamente nas falas das mulheres, evidenciada por meio de relatos da realização de procedimentos invasivos, gerando assim desconforto, dor e constrangimento nas mesmas, como observado a seguir:

“Faziam um toque, um atrás do outro. Aí, era de uma em uma hora. É porque quando vinham, era três, e os três metiam... Faziam... esse que foi o problema. Era um atrás do outro, entendeu? Aí um vinha, e a médica ia só confirmar, se eles estavam certos. Aí isso que me acabou!” (ORQUÍDEA)

“[...] Eu achei ruim que dói esse negócio de meter dedo. Teve uns que explicavam o que iam fazer, teve outros que não falavam nada não só faziam mesmo o toque, falavam umas coisas que não dava pra entender nada e iam embora, aí falava, a hora que iam voltar pra fazer toque de novo, da primeira vez veio mais gente, depois veio só dois mesmo.” (ACÁCIA)

“Só que aí o colo do meu útero não tava afinando, o bebê já tava com 10 cm, tava com a ocitocina e o colo do útero não afinou, alguma coisa assim, aí como já tava nas últimas, já não aguentava mais, a médica me ajudou com ele. Ela... ela... meteu a mão lá dentro pra puxar ele. Com a mão. Aí ela pedia pra na hora que a contração viesse pra, metia lá a mão, e pra mim fazer força. [...] E o meu colo não afinava. Ela só verificava assim, pra ver se ele ainda tava muito alto. Só que aí meu colo do útero não afinou, de jeito nenhum, aí foi nessa hora que eu já tava nas últimas lá e foi na hora que ela puxou ele, me ajudou a puxar ele. Ela abriu todinho ele (o colo do útero), antes disso ela ainda descolou tudinho. Sentia muita dor. Isso sem gritar!” (ORQUÍDEA)

Barboza e Mota (2016) relatam que as mulheres sofrem com agressões verbais, e por vezes são submetidas a procedimentos desnecessários que aumentam a dor e desconforto, não recebem explicação e não participam das decisões sobre o próprio parto. Essas práticas desencadeiam sofrimento e fragilizam a autonomia das parturientes, que em alguns momentos naturalizam esta violência e em outros momentos enfrentam e questionam essas rotinas e procedimentos.

Nesse contexto tem-se a realização de toques vaginais, muitas vezes frequentes e realizados por mais de um examinador, em intervalos de tempo pequenos, o que prejudica a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto, causando desconforto e edema de vulva (WOLFF; WALDOW, 2008).

Essa não comunicação é observada com frequência na realização dos toques vaginais, que muitas vezes são realizados de forma excessiva sem respeitar a intimidade da mulher.

Outro ponto referente à violência obstétrica se deu pela forma como essas mulheres foram tratadas durante a assistência prestada no trabalho de parto e parto, evidenciado por verbalizações violentas dos profissionais, como mostram os depoimentos abaixo:

“Teve um que falou assim: ‘ah, aquela ali é esparrenta, fica gritando. Vai ser pior pra ela, que ela vai ficar lá...’. Não sei se ele era médico, enfermeiro... Não sei!” (FLOR DE LIS)

[...] Eu fui explicar que não tinha dor quando vou ter filho, e ela respondeu: ‘Por isso que todo ano tá tendo filho’, achei ignorante sabe? Nas palavras dela assim até que eu não fiquei tanto de olho nas palavras dela eu ia escutando mesmo só que... Eu não sei nem explicar. Me incomodou [...] (ACÁCIA)

[...] Tá vindo, faz força, não grita, se tu quiser morder alguma coisa tu morde, mas não grita [...] (ANIS)

“Eu só achei que teve uma ou duas enfermeiras que logo no início foram um pouco grossas, mas depois disso foi bom o atendimento.” (IRÍS)

Há diversas formas de violência obstétrica, podendo está se manifestar de maneiras diferentes, e muitas vezes até de forma implícita, mostrando que ainda há profissionais que agem de maneira contrária ao que está preconizado pela OMS e MS. Nascimento et al. (2015), ressaltam que a violência obstétrica transforma o que seria um acontecimento normal e prazeroso em um procedimento desumanizado, aumentando ainda mais as sensações dolorosas e os medos, contribuindo assim para a visão negativa da vivência de trabalho de parto normal.

A violência obstétrica demonstra uma concepção de que o hospital nem sempre é acolhedor e que alguns profissionais permanecem indiferentes às necessidades de cuidado da parturiente. O que reflete a necessidade de mudança no cenário atual de assistência ao parto, com vista a qualificação profissional (SCARTON et al., 2015).

Nesse sentido Medeiros et al. (2016), acreditam que tais procedimentos são nocivos à mãe, pois aumentam as dores e conseqüentemente o sofrimento no processo de parto, fazendo com que ela não tenha uma participação satisfatória no trabalho de parto.

Esse modelo que é dominante tem consigo grandes casos de violência contra mulher e desrespeita e ignora os desejos das mesmas (SILVA et al., 2016a).

Ainda para Silva et al. (2016a), em muitos casos, as vítimas não reconhecem a violência obstétrica, não conseguem identificar, pelo fato de encontrarem diante de profissionais de saúde, e que esses tem devidos conhecimentos sobre a gravidez e parto e que

eles sabem o que é melhor para ser feito, e isso faz com elas aceitem que alguns procedimentos sejam realizados, sem questionar, apesar da dor e sofrimento, elas omitem os seus sentimentos.

Outro aspecto da humanização que emergiu no estudo, diz respeito à privacidade. A partir das vivências destas puérperas, evidencia-se que o ambiente, algumas vezes pode influenciar negativamente a experiência do trabalho de parto e parto, gerando constrangimento nas mesmas, como observado nos relatos a seguir:

“Única coisa que me deixou assim meio constrangida foi que a porta ficava aberta o tempo todo, então quem tava no corredor, quem tava passando lá, tava vendo tudo lá dentro né. Principalmente quando eu tava quase que de frente pra porta. Então, aquilo ali me deixou meio constrangida, toda hora eu pedia pra minha mãe fechar a porta, elas entram e saiam e deixavam a porta aberta, e isso eu não gostei. Mas, fora isso eu achei a sala boa, confortável.” (JASMIM)

“A única coisa que eu tava agoniada era porque na sala que eu tava tinha vários alunos, aí é um entra e sai todo tempo e isso é ruim porque distrai tanto o profissional que tá fazendo, quanto a mim. Mas eu não falei nada porque eu também sou aluna e também já passei por isso, mas incomoda, porque tu queres ter privacidade e tu tá toda arreganhada ali, aí entra um monte de homem e mulher, e te olham... Aí eu fiquei meio assim constrangida, mas não falei nada, mas é bem incomodante. Tanto que tira a concentração, vai que dá algum erro.” (ANIS)

A privacidade da mulher também é um fator muito importante no processo de humanização do parto, que exige a contribuição dos profissionais em preservá-la, pois a exposição indevida se opõe aos valores preconizados pela humanização, e aos princípios de integralidade e individualidade (APOLINÁRIO et al., 2016).

De acordo com Haddad e Santos (2011) o cuidado obstétrico deve proporcionar espaço acolhedor e agradável, que permita a privacidade e o estabelecimento de vínculo com a cliente, contribuindo para a redução do estresse durante o trabalho de parto e parto. As formas, cores e luzes do ambiente exercem real efeito sobre o bem-estar e saúde do paciente, promovendo ambientes mais favoráveis e garantindo uma assistência mais digna à mulher e ao recém-nascido.

A vivência do processo de parturição em um ambiente hospitalar pode mobilizar sentimentos positivos e únicos, como o nascimento do filho, e negativos, como a falta de privacidade, a necessidade de adaptação ao ambiente e às pessoas desconhecidas (GUIDA; LIMA; PEREIRA, 2013).

É consenso que a autonomia, individualidade e privacidade proporcionada à mulher pelo ambiente são condições imprescindíveis para uma evolução adequada do parto (GONÇALVES et al., 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências e percepções maternas acerca da humanização no trabalho de parto e parto neste estudo mostraram-se diversificadas e em alguns casos insuficientes. A humanização é vista de forma limitada, pois para algumas puérperas está relacionada somente ao próprio parto normal, sem realização de procedimentos cirúrgicos ou intervenções desnecessárias. Outras por sua vez, detinham conhecimento breve a respeito da temática, e houveram casos em que passaram por todo o processo de parturição e nascimento e não identificaram a humanização, tendo em vista que nunca ouviram falar no termo “parto humanizado”.

A partir da análise das experiências maternas verificou-se que as mulheres apresentam informações insuficientes sobre a humanização no parto, evidenciando a omissão no repasse de orientações do profissional de saúde para essas mulheres, contrariando assim o que é preconizado pelo MS, constituindo um entrave para uma assistência humanizada.

A escassez no repasse de informação no pré-natal, e/ou informações vagas, sem objetividade, esclarecimento e qualidade, favorecem ao descontentamento do que deveria ser um momento especial na vida dessas mulheres. O pré-natal ainda apresenta grandes falhas, onde é tido praticamente para consultas, exames, vacinas, o que não deixa de ser um fator importantíssimo, mas vale ressaltar que quando a mulher se sente segura, e bem assistida, além da manutenção de vínculo com o profissional, ela desenvolve confiança, estabelecendo sua autonomia durante o trabalho de parto e parto.

Diversas práticas foram mencionadas pelas mulheres relacionadas às vivências de humanização no parto, dentre elas destacam-se a presença do acompanhante, o contato pele a pele imediato com o RN ao nascimento, a liberdade de posição e movimento, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, e o parto normal propriamente dito como via de parto de preferência. As boas práticas de assistência humanizada indicaram pontos positivos na vivência do parto e nascimento, como sentimento de segurança pela presença do acompanhante, bem-estar e satisfação ao contato com o filho logo após o nascimento, além da importância do estabelecimento do vínculo com os profissionais, auxiliando no acompanhamento do trabalho de parto e por fim proporcionando autonomia para essas parturientes.

Levando em consideração esses aspectos, para que o parto humanizado seja de fato exercido dentro das instituições de saúde, é necessária a mudança da assistência profissional, com grande enfoque no pré-natal, onde essa mulher possa participar das práticas educativas e

de orientação sobre aspectos essenciais da gravidez e parto. Tendo em vista que essas são estratégicas no cuidado que permitem que a mulher exerça sua autonomia, possibilitando o acesso informações e conhecimentos indispensáveis nesse processo, estimulando a participação ativa da mulher nas decisões, preparando-a para o trabalho de parto, parto e maternidade. Para que, a partir do reconhecimento dos seus direitos, ela tenha entendimento e autonomia no seu processo de parturição.

As práticas assistenciais oferecidas pela equipe às mulheres neste estudo, apesar de avaliadas positivamente por boa parte das participantes, não constituem em sua totalidade, um cuidado que possa ser caracterizado como humanizado. Sendo assim, a partir da apreensão do conhecimento dessas mulheres a respeito do parto humanizado e suas implicações durante o trabalho de parto e parto por meio de suas vivências, propõe-se uma reflexão quanto aos aspectos que precisam ser melhorados, para que possam contribuir com a construção de um cuidado plenamente humanizado.

Por fim, fazem-se necessários mais estudos que visem conhecer as percepções e vivências de mulheres acerca da humanização no trabalho de parto e parto normal, buscando reforçar os benefícios desse processo de humanização na assistência obstétrica. E ressalta-se ainda que esses estudos devam chegar de maneira mais eficaz aos profissionais de saúde da atenção básica, já que estes se caracterizam como o primeiro contato da mulher em todo seu ciclo gravídico-puerperal, sendo necessário estabelecer nos serviços de saúde, um processo de educação permanente, para que o mesmo esteja atualizado em estudos na área, devendo proporcionar assim um atendimento qualificado a essa gestante, garantindo acolhimento e atendendo as recomendações preconizadas pelo MS. Além disso, é imprescindível que haja intensa divulgação e informação para a sociedade, nos meios de comunicação como um todo, do que são as boas práticas de atenção humanizada, preconizadas pelo MS, ressaltando seus benefícios e o que é direito das mulheres durante essa fase de suas vidas, visto que essa forma de informação/orientação se mostrou presente no discurso de boa parte das entrevistadas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo (SP): Atlas; 1997.

ANDRADE, P. O. N., et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 01, p. 29-37, Jan./Mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

APOLINÁRIO, D.; RABELO, M.; WOLFF, L. D. G.; SOUZA, S. R. R. K.; LEAL, G. C. G. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Revista Rene**, v. 17, n. 1, p. 20-28, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160004>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

ARAÚJO, S. M.; SILVA, M. E. D.; MORAES, R. C.; ALVES, D. S. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2. jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/download/98/211>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 1, p. 29-35. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21108/13934>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129. 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6ª ed. Lisboa: Edições 70 Persona; 2011.

BARRETO, C. N.; RESSEL, L. B.; SANTOS, C. C., et. al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-63, jun. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11674/13851>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BASILE, A. L. O.; PINHEIRO, M. S. B. **Centro de Parto Normal: O futuro no presente.** São Paulo, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação para o período de 2004-2007.** Brasília, 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso: 21 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

_____. **Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha.** Portal da Saúde, 2010.

Disponível e

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121,27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2016.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

_____. **HumanizaSus**. Política Nacional de Humanização. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humanizaus>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

_____. Portaria nº 1.067 de 6 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.128, 6 jul. 2005.

_____. **Programa de Humanização do Parto: humanização pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

_____. Rede Integrante de Informações para a Saúde. **IDB 2010 Brasil: indicadores de mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível

em:

<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/plano_qualificacao_maternidades_e_rede_perinatal_ne_e_al_-_oficina_17_novembro_final.ppt>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2017.

BRASIL. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999. Criação dos Centros de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de agosto de 1999.

_____. Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de Junho de 1998, seção 1, p.47-8.

BRASIL. Presidência da República. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. **Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Brasília, 2005.

BRUGGERMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. 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, Set./Out. 2005. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000500003>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

CAMPOS, N. F.; MAXIMINO, D. A. F. M.; VIRGÍNIO, N. A.; SOUTO, C. G. V. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 47-58, abr. 2016. Disponível em:

<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-a-importancia-da-enfermagem-no-parto_pronto.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2017.

CAUS, E. C. M. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.

34-40, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452012000100005>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 14, supl. 1, p. 1347- 1357, set./out. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000800007> >. Acesso em: 03 ago. 2017.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 690-97, dez. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342007000400021> >. Acesso em: 28 jul. 2017.

CUNHA, K. J. B.; GOMES, L. S. V. O vivido de mulheres no parto humanizado. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.5, n.2, p.32-38, abr./maio/jun. 2012. Disponível em: <http://www.uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n2/pesquisa/p5_v5n2.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

D'OLIVEIRA, A. F. P. F; DINIZ, C. S. G; SCHRAIBER, L. B. Violence Against women in health – care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v. 360, n. 11, p. 1681- 1685. set. 2002. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação da humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300026> >. Acesso em: 20 ago. 2016.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; GUERREIRO, E. M.; GUEDES, M. V. C.; LAGO, P. N.; MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 262-269. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Atenção qualificada ao parto: a equipe de enfermagem em Rio Branco, Acre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 2, p. 331-

338. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/20080-62342008000200017>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. O que é o parto humanizado? Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=8495>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

FERREIRA A. G. N.; RIBEIRO M. M.; DIAS L. K. S.; FERREIRA J. G. N.; RIBEIROS M. A.; NETO F. R. G. X. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev enferm UFPE on line**; Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-405, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3721/6112>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

FERREIRA JÚNIOR. A. R. Parto e nascimento no Brasil: desvelando uma rede de desafios. In: SEVERO A. K. S.; SILVA, A. K. L.; FERREIRA JÚNIOR, A. R., organizadores. Compondo redes para atenção à saúde: experiências diversas, olhares afins. Natal-RN: **Edunp**, p. 33-45. 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/xmlui/bitstream/handle/REPOSIP/312956/FerreiraJunior_AntonioRodrigues_D.pdf/sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 ago. 2017.

FIGUEIREDO, N. S. V.; BARBOSA, M. C. A.; SILVA, T. A. S.; PASSARINI, T. M.; LANA, B. N.; BARRETO, J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de partos por gestantes. **HU Rev**, v. 36, n. 4, p. 296-306. out./dez. 2010. Disponível em: <<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/download/1146/460>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (FSCMPA). Governo do Estado do Pará – Belém, 2014. Disponível em: <www.santacasa.pa.gov.br/index.php> Acesso em: 26 out. 2016.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, maio/jun.1995. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75901995000300004>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

GOMES M. L.; MOURA, M. A. V.; SOUZA, I. E. O. Obstetrical practice by nurses in institutional childbirth: a possibility for emancipatory knowledge. **Texto contexto – enferm.** v. 22, n. 3, p. 763-771. 2013. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/e22-763.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

GONÇALVES, R.; AGUIAR, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000100009>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 531-537, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-276220130039>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

GUIMARÃES, B. B.; FERARRI, D. V. Internet e educação ao paciente. **Arquivos Int Otorrinolaringol**, v. 15, n. 4, p. 515-522. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aio/v15n4/a16v15n4.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T. C. F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 15, n. 4, p. 755-761, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452011000400014>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

KOLOGESKI, T. K.; STRAPASSON, M. R.; SCHNEIDER, V et al. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 94-101, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

LAMY, G. O.; MORENO, B. S. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**, v.10, n.2, p.19-35, 2013. Disponível em:

<www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/456/pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

LEAL, M. C. et al. Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil, 2009. p. 383-415.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. Bioét., Santa Catarina**, v. 21, n. 3, p. 509-17. abr./ago. 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/798/934>. Acesso em: 08 jul. 2017.

LONGO C.S.M.; ANDRAUS L.M.S.; BARBOSA M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a25.htm>. Acesso em: 08 jul. 2017.

LUZ, N. F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS Health Science**, Goiânia, v. 40, n. 2, p. 80-84, maio. 2015. Disponível em: <<http://www.portalnepas.org.br/abchs/article/download/735/676>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MALHEIROS, P. A., et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000200010>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M.C., ALMEIDA, M.A., OMOTE, S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: eduel, p.11-25. 2003.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2005000300011>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

MATOS, T. A.; SOUZA, M. S.; SANTOS, E. K. A.; VELHO, M. B.; SEIBERT, E. R. C.; MARTINS, N. M. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 998-1004, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000600020>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

MEDEIROS, N. C. M.; MARTINS, E. N. X.; CAMBOIM, F. E. F. C.; PALMEIRA, M. N. F. A.; Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Temas de Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3. 2016. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16331.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

MELO, R. M.; ANGELO, B. H. B.; PONTES, C. M.; BRITO, R. S. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 454-459. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0454.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. **Manual de Referência Técnica sobre Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e Emergências Obstétricas**. Maputo, Ministério da Saúde, 2011.

MODES, P. S. S. A.; GAÍVA, M. A. M.; PATRÍCIO, L. F. O. Birth and newborn care: a path to humanization? Qualitative research. **Online Brazil Journal Nursing**. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2715/598>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

MONTE, L. N.; GOMES, J. S.; AMORIM, L. M. M. A percepção das puérperas quanto ao parto humanizado em uma maternidade pública de Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v. 4, n. 3, p. 20-24, jul./ago./set. 2011. Disponível em: <http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/pesquisa/p3_v3n3.html>. Acesso em: 01 ago. 2017.

MOURA, F. M. J. S. P.; CARNEIRO, A. M. M.; SILVA, J. C.; DANTAS, L. S.; MOURA, L. J. S. P. CASTRO, A. E. D. Percepção das puérperas sobre o parto normal em uma maternidade. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 3, n. 1, p. 194-200. 2012. Disponível em: <http://sis.ufpi.br/25sic/documentos/resumos/modalidade/vida/clara_fernanda_beserra_santos.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em municípios da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-1868. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000800014>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

NASCIMENTO, N. M. do; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. L.; OLIVEIRA, T. R. de; VARGENS, O. M. da C.; Tecnologias não invasivas de cuidado ao parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, (impr.) v. 14, n. 3, p.456-461, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 jul. 2017.

NASCIMENTO, R. R. P., et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Campo Grande, v. 37, p. 119-26, nov. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>> . Acesso em: 28 jul. 2017.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista Rene**, v. 11, Número Especial, p. 32-41. 2010. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1144/pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

OGNIBENI, C. R. **Avaliação da assistência pré-natal Com ênfase nos processos de orientações às mulheres: o ponto de vista das puérperas.** Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009. Disponível em: <http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5325> em : 14 jul.2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** vol. 14, suppl. 1, p. 25-32. 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>> acesso em: 25 ago. 2016.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev Bras Saúde Matern Infant,** v. 8, n. 1, p. 113-124. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1519-382920080000100013>> acesso em: 08 maio. 2017.

PEREIRA, A. L. F.; NICÁCIO, M. C. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. **Revista de Enfermagem UFSM,** v. 4, n. 3, p. 546-555, Jul./Set. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13268>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

PINHEIRO B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia,** n. 37, p. 212-227, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015>. Acesso em: 29 jul. 2017.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Revista de Psicologia,** São Paulo, v. 25, n. 03,

p.585-602, set./dez. 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a11v25n3.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 331-336. 2010. Disponível em:
<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a16.htm>. Acesso em: 19 jul. 2017.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface comunitária saúde educação**, v. 13, supl1, p. 759-768. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027>. Acesso em: 08 jul. 2017.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Journal Pediatria**, v. 80 supl5, p.142-46. 2004. Disponível em:
<<http://ibfan.org.br/documentos/outras/nov%202004%20rea.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em:
<<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

REIS, T. L. R.; PADOIN, S. M. M.; TOEBE, T. R. P.; PAULA, C.C; QUADROS, J. S. Autonomia Feminina no Processo de Parto e Nascimento: Revisão Integrativa de Literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, mar. 2017. Disponível em:
<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/64677>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

RIBEIRO, R. E.; MOURA, T. A.; SILVA, S. F.; PERRONI, C. A.; FILÓCOMO, F. R. F. O conhecimento da puérpera sobre o parto humanizado em uma instituição do vale do paraíba. **Anais do XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, Paraíba, 2010.**

ROCHA, F. A. A.; FONTENELE, F. M. C.; CARVALHO, I. R.; RODRIGUES, I. D. C. V.; SOUSA, R. A.; FERREIRA, JÚNIOR A. R. Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. **Rev. Rene**, v. 6, n. 6, p. 782-9, nov./dez. 2015. Disponível em:
<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2857/2220>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, p. 119-126. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=545649&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

SANTOS, et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 1, n. 2, p. 225-237, maio/ago. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2588>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SANTOS, I. S.; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Revista de Enfermagem UNISA**, Espírito Santo, v. 13 n.1, p. 64-68, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/77>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438-446. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438>. Acesso em: 07 ago. 2017.

SANTOS, L. M. **Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**. 2010. 277p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. da C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 77-97. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jul. 2017.

SANTOS, M. L. **Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento**. Um Modelo Teórico. Santa Catarina: UFSC, 2002 271p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Macapá**, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

SCARTON, Juliane et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 143-151. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0143.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>. Acesso >. Acesso em: 15 jul. 2017.

SILVA, R. L. V.; LUCENA, K. D. T.; DEININGER, L. S. C. et al. Violência Obstétrica Sob o Olhar das Usuárias. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4474-4480, dez. 2016a. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9982/pdf_1791>. Acesso em: 15 jul. 2017.

SILVA, T. C.; BISOGNIN, P.; PRATES, L. A., et al. Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/indez=x.php/recom/article/download/1294/1315>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

SILVA, Ú.; FERNANDES, B. M.; PAES, M. S. L. et al. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1273-1279, abr. 2016b. Disponível em: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11113/12586>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

SOARES, C. Direito ao acompanhante no parto: mulheres denunciam ao ministério público descumprimento da lei. **Bem Nascer**, Belo Horizonte, 6 mar. 2010. Disponível em: <<http://www.bemnascer.org.br/2010/03/m=1>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina - Paraná. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 452-460. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000300006>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SOUZA, A. S. R.; COSTA, A. A. R.; COUTINHO, I.; NORONHA, NETO C.; AMORIM, M. M. R. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Femina**, v. 38, n. 4, p. 185-194. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

TEDESCO, R. P; FILHO, N. L. M.; MATHIAS, L. et al. Fatores determinantes para as expectativas de uma primigesta acerca da Via de Parto. **RBGO**, v. 26, n. 10, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032004001000006>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

TEIXEIRA, L. R. M. **Indução do trabalho de parto: métodos farmacológicos** [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina Universidade Porto; 2010.

TESSER, C.D; KONOBE, R; ANDREZZO, H. F. A. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro v.1, n.12. 2015.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 652-9. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

VIANA, L.V.M; FERREIRA, K.M; MESQUITA, M.A.S.B. Humanização do Parto Normal: Uma Revisão de Literatura. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago./dez. 2014. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/245/431>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

VIEIRA, M. J. O.; SANTOS, A. A. P.; SILVA, J. M. O.; SANCHES, M. E. T. L. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 18, p. 1-9. 2016. Disponível em: <<http://doi.org/10.5216/ree.v.18.36714>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902008000300014>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990-2013.** Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
(Baseado na Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezada Sra.:

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “**Percepções e Vivências de Mulheres acerca da Humanização no Parto Normal**”. Esta pesquisa será realizada pelas alunas Ana Carolina de Sousa Gomes e Thayane Sobrinho Lima, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, a qual servirá como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) das mesmas sob orientação da Prof. Msc. Patrícia Danielle Feitosa Lopes Soares.

Com esse estudo, se buscará descrever as percepções e vivências de mulheres acerca da humanização do trabalho de parto e parto normal, internadas em Alojamento Conjunto (ALCON) na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, buscando assim reforçar os benefícios dessa assistência, já recomendada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, além de esclarecer e fortalecer os direitos dessas mulheres, direitos esses que muitas vezes são desconhecidos e/ou não realizados, fazendo com que as mesmas não recebam um cuidado humanizado em seu trabalho de parto e parto, busca-se observar, se essas estratégias estão sendo realizadas de forma satisfatória ou não, e ressaltar o que pode ser melhorado, a fim de contribuir significativamente para a sociedade, para a formação acadêmica e profissional.

Sua participação é de suma importância e consistirá em responder as perguntas contidas em um roteiro através de uma entrevista e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados em conjunto, guardando assim o absoluto sigilo das informações pessoais. Queremos também deixar claro que sua participação se dará de forma espontânea, não havendo nenhuma forma de pagamento ou compensação pela mesma, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário sem que isso resulte em qualquer tipo de prejuízo pessoal ou relacionado a seu atendimento na maternidade, bem como você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento dele.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelas autoras da pesquisa, o qual será divulgado para os envolvidos e para o meio acadêmico e científico.

A qualquer momento você poderá esclarecer dúvidas com as pesquisadoras e orientadora do trabalho, bem como com os respectivos comitês de ética e pesquisa, por meio dos contatos telefônicos abaixo descritos:

Pesquisador responsável

ANA CAROLINA DE SOUSA GOMES; MATRÍCULA: 201306540024; TELEFONE: 981163484;
END: CONJUNTO NOVA MARITUBA, QUADRA 18, N°03, MARITUBA – PA.

Pesquisador responsável

THAYANE SOBRINHO LIMA; MATRÍCULA: 201306540028; TELEFONE: 983017149 END: RUA
EUCLIDES DA CUNHA, N° 706, BAIRRO: CASTANHEIRA, BELÉM-PA.

Pesquisador responsável

PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES; MATRICULA: 274834; TELEFONE:
993134232; END. TV. PIRAJÁ, N. 716 APTO. 1401. BLOCO B, PEDREIRA.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios.

Belém, ____/____/____.

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (FSCMPA). E-mail: comitê.etica@fscmpa@yahoo.com.br Endereço: Rua Oliveira Belo, 395. Bairro: Umarizal. Belém – PA. CEP: 66.050-380 Telefone: (91) 4009-2264

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO (HUJBB). E-mail: cephujbb@yahoo.com.br Endereço: Rua dos Mundurucus, nº 4487. Bairro: Guamá. Belém – PA. CEP: 66.073-000 Telefone: (91) 32016754

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NO PARTO NORMAL

Pesquisador: PATRÍCIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63897516.2.0000.0017

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.910.711

Apresentação do Projeto:

A gravidez e o parto são processos singulares, experiências únicas e especiais no universo da mulher e de seu parceiro, que envolvem também suas famílias e a comunidade na qual se inserem. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Objetiva-se descrever as percepções e vivências de mulheres acerca da humanização no trabalho de parto e parto normal. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, pois pretende descrever as características de uma determinada população. E será realizado no Alojamento conjunto (ALCON), da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). A população será constituída por mulheres em puerpério mediano e imediato de pós-parto normal, com idade superior a 18 anos e que estejam em condições física, emocionais e psicológicas preservadas, que se disponibilizem a participar do estudo a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise dos dados será feita através da análise temática de conteúdo. Como resultados, almeja-se entender as realidades em relação ao trabalho de parto, parto e nascimento, através de depoimentos de vivências e percepções das mulheres e por meio destes busca-se fazer uma análise do que elas entendem como parto humanizado em

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487			
Bairro: GUAMA			CEP: 66.073-000
UF: PA	Município: BELEM		
Telefone: (91)3201-6754	Fax: (91)3201-6883	E-mail: cephujbb@yahoo.com.br	

UFGA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 1.910.711

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante porque visa reforçar a importância do parto humanizado e poderá apresentar melhorias para o serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados e adequados com as legislações vigentes do Sistema CEP/CONEP - CNS/MS.

Autorização da Coparticipante apresentado.

Recomendações:

Recomendamos que seja RETIRADO do TCLE o nº de RG do participante, pois NÃO há necessidade para tal solicitação.

Deverá ser acrescentado no Termo de Consentimento (TCLE) o endereço e contato dos CEPs do Hospital Universitário João de Barros Barreto e da FSCMPA. Em caso de dúvidas éticas sobre a pesquisa, o participante poderá entrar em contato com qualquer destes Comitês de Ética em Pesquisa.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este colegiado manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa a ser desenvolvida no Alojamento Conjunto (ALCON), da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 68.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-8663 E-mail: cepfujbb@yahoo.com.br

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NO PARTO NORMAL

Pesquisador: PATRÍCIA DANIELLE FEITOSA LOPEZ SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63887516.2.3001.5171

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.940.955

Apresentação do Projeto:

um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, pois pretende descrever as características de uma determinada população, conhecendo suas percepções acerca do tema abordado. Será realizado no Alojamento conjunto(ALCON), da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). A população será constituída por mulheres em puerpério mediate e imediato de pós-parto normal, com idade superior a 18 anos e que estejam em condições física, emocionais e psicológicas preservadas, que se disponibilizem a participar do estudo a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise dos dados será feita através da análise temática de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever as percepções e vivências de mulheres acerca da humanização no trabalho de parto e parto normal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos de quebra de sigilo, que serão minimizados com o uso de dados apenas para fins acadêmicos e os dados divulgados apenas em eventos e publicações, com o devido cuidado de manutenção do anonimato dos sujeitos. Todo o material gerado pela pesquisa será guardado de forma sigilosa pelo período de cinco anos, sendo após esse período

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395
Bairro: unimesal CEP: 66.050-300
UF: PA Município: BELÉM
Telefone: (91)4009-2254 Fax: (91)4009-0395 E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 1.940.955

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Aceite.pdf	09/12/2016 14:51:52	PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES	Aceito
Outros	Termo_Isencao_Onus.pdf	09/12/2016 14:51:30	PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/12/2016 14:49:48	PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/12/2016 14:49:23	PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Pesquisadoras.pdf	09/12/2016 14:46:27	PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Orientador.pdf	09/12/2016 14:46:01	PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/12/2016 14:45:29	PATRICIA DANIELLE FEITOSA LOPES SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 23 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

LIENE DO SOCORRO CAMARA XIMENES
(Coordenador)

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395
Bairro: Umarizal CEP: 66.050-300
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)4009-2254 Fax: (91)4009-0326 E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br