



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**GILSON ADMS SILVA SOUSA**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA/OBSTÉTRICA E A OPINIÃO SOBRE O  
CUIDADO DO ENFERMEIRO DE PUÉRPERAS EM MATERNIDADE PÚBLICA DE  
SÃO LUIS - MA**

São Luís

2017

**GILSON ADMS SILVA SOUSA**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA/OBSTÉTRICA E A OPINIÃO SOBRE O  
CUIDADO DO ENFERMEIRO DE PUÉRPERAS EM MATERNIDADE PÚBLICA DE  
SÃO LUIS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
a Universidade Federal do Maranhão como  
requisito à obtenção do título de bacharel e  
licenciatura em Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lena Maria Barros  
Fonseca

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Sousa, Gilson Adms Silva.

Caracterização socioeconômica/obstétrica e a opinião sobre o cuidado do enfermeiro de puérperas em maternidade pública de São Luís - MA / Gilson Adms Silva Sousa. - 2017.

52 f.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2017.

1. Cuidado. 2. Epidemiologia. 3. Processo de parturição. I. Fonseca, Lena Maria Barros. II. Título.

**GILSON ADMS SILVA SOUSA**  
**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICO/OBSTÉTRICO E A OPINIÃO SOBRE O**  
**CUIDADO DO ENFERMEIRO DE PUÉRPERAS EM MATERNIDADE PÚBLICA DE**  
**SÃO LUIS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Maranhão  
como requisito à obtenção do título de bacharel e licenciatura em Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Lena Maria Barros Fonseca  
Doutora em Biotecnologia – Orientadora  
UFMA

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Luzineia de Maria Pastor Santos Frias  
Doutora em Políticas Públicas  
UFMA

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Claudia Teresa Frias Rios  
Doutora em Saúde Coletiva  
UFMA

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

- *“Oi, como foi o dia? Estudou o que hoje?”.*

Ainda posso escutar sua doce voz toda noite ao perguntar.

Dedico este trabalho ao real motivo do meu viver, a senhora **Gilmarlinda Diniz Silva (*in memoriam*)**, a quem tive o orgulho e honra de chamar de mãe!

## AGRADECIMENTOS

À Deus, Pai de bondade, por ter me concedido a vida e pelo amor, cuidado e proteção que dispense a mim.

À Universidade Federal do Maranhão, local onde vivi grandes momentos de minha vida até aqui, local de formação constante de saberes pessoais e intelectuais e a quem agradeço a oportunidade de obter uma formação.

Ao Programa de Iniciação Científica por ter me proporcionado subsídios para realização de trabalho e por ter me oportunizado participar do mesmo, contribuindo assim, para o meu crescimento acadêmico.

À minha orientadora, prof<sup>a</sup> Lena, por toda paciência e sabedoria que dispôs a dividir comigo. Aqui agradeço, também, à todos os professores do curso de Enfermagem da UFMA por terem contribuído na construção do meu saber-fazer em Enfermagem.

À minha mãe, Linda (*in memoriam*), fonte de inspiração, por toda força que me deu, por todos os “puxões de orelha”, por todo mimo, por cada cafuné e, principalmente, por ter me amado e me dado um exemplo de luta, força e perseverança. Ela é a verdadeira motivação de tudo que fiz na vida, inclusive este curso, e a ela toda minha gratidão.

À minha família, porto sempre seguro nos momentos mais difíceis. Aqui agradeço principalmente à minha irmã, Jordana Sousa, a quem amo sem restrições, ao meu irmão Jarbas Júnior, à minha avó materna, Maria Raimunda Diniz, e a minha madrinha, Pedronila Santos, pessoas em quem sei que sempre terei abrigo e que possuem o meu mais sincero amor e gratidão.

Aos meus companheiros da Turma 98 do Curso de Enfermagem da UFMA, principalmente aos meus fieis e leais amigos Tayana, Gisele e Eduardo, por fazerem da minha vida acadêmica mais leve e feliz em cada momento de estudo e diversão e por me proporcionar o privilégio de levar essa cumplicidade para além dos muros acadêmicos, para a vida toda.

Às minhas amigas Jéssica Pinheiro, Kallynadjá Coelho e Milena Nogueira por me fazerem entender que o amor de um amigo dura para sempre, mesmo com toda distância, obrigado por todo incentivo, amor e carinho.

Aos meus amigos Vanaldo Soares, Carolina Pinheiro, Sidnei Frazão, José Domingos, Sarah, Vanessa Braga, Marcia Ribeiro, Rogério, Rafael Silva, Wellen Ribeiro, Júlio Frank, Erickson Galvão, Nathielly Fernandes, Luis Carlos, Josuel Sena, Lucas Lisboa, Magno, Marcelo Brito, Breno Henrique, Marcos Campos, Miquéias Costa e Janayara Serra, pelo carinho e por todas as vezes que me fizeram rir, mesmo quando não parecia ter motivos.

Ao Frei Rogério Beltrami, por ser fonte de luz, amor, sabedoria e inspiração em tempos tão difíceis.

Às secretarias da Coordenação do Curso de Enfermagem da UFMA, Dorlene de Fátima e Hilda Barbosa, pela atenção e solicitude em sempre ajudar e facilitar os encargos burocráticos, o meu agradecimento e gratidão.

As puérperas participantes do estudo, por terem contribuído de maneira tão solícita para realização do mesmo, na esperança de construir fontes de saberes que orientem a prática do cuidado à essas e outras mulheres que vivenciam o parto.

## **RESUMO**

A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Na atenção ao parto e nascimento é a intensa medicalização, intervenções desnecessárias e iatrogênicas contribuem para o aumento dos riscos maternos e perinatais. Humanizar o cuidado no processo de parturição, consiste em respeitar o tempo da mulher, evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher, dentro de seu contexto de vida. O presente trabalho tem por objetivos conhecer as características socioeconômico e obstétrico das puérperas de uma maternidade pública de São Luís e identificar a opinião das puérperas sobre o cuidado prestado pelos enfermeiros. Tratou-se de um estudo descritivo, onde elegeu-se aspectos socioeconômicos e obstétricos que caracterizam as mulheres atendidas numa maternidade pública no período de Agosto de 2014 à Maio de 2015. Os dados para essa pesquisa foram retirados do banco de dados da pesquisa “O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidado”, da qual participei através do PIBIC, coletados através de entrevista individual, com auxílio e registro do instrumento de coleta de dados e gravados em áudio, e posteriormente transcritos para análise de dados no Programa Epi Info. Participaram do estudo 28 mulheres em processo de parturição com média de idade de 27 anos, de maioria parda, com ensino médio completo, declarando união estável, com emprego fixo e com renda familiar variando de 1 a 2 salários mínimos. Quanto ao perfil obstétrico, a maioria das mulheres entrevistadas eram multíparas, negaram a realização de abortos, tiveram de 1 a 3 partos vaginais, realizaram pelo menos 2 cesáreas e realizaram mais de 6 consultas pré-natais. Com base nos resultados obtidos, as características socioeconômicas e obstétricas das participantes apontaram condições favoráveis para bom desenvolvimento do processo de parturição e as opiniões das mulheres apontaram a necessidade do enfermeiro dar apoio e atenção durante o processo, gerando um diálogo cordial e com respeito as singularidades.

**Palavras chaves: Processo de parturição. Cuidado. Epidemiologia.**

## **ABSTRACT**

The feminine vulnerability to some diseases and causes of death is more associated to discrimination in society than biologic factors. The medicalization is more intense during the parturition assistance and childbirth, unnecessary interventions, and iatrogenic contributes to the rise of maternal and perinatal risks. To humanize the health care during the parturition process is necessary to respect women's time, avoid unnecessary interventions imposed by the hospital routine, and know the specifics cultural aspects of those women, in their context of life. This study aimed to characterize the socioeconomic and obstetric profile of women in parturition process at a maternity hospital in Sao Luis – MA, and identify the opinion of puerperal women about the health care provided by the nursing professionals. It is a descriptive study, where socioeconomic and obstetric aspects were chosen that characterize the women attended in a public maternity hospital from August 2014 to May 2015. The data for this research was withdrew from the database of the research: “O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidado”, of which I participated through PIBIC, collected by individual interview, with the support of the records of an approved tool, and recorded in audio. After that, the data was analyzed on the Ep info program. 28 women in parturition process participated in this study, those women was average aged as 27 years old, were mostly brown, with complete secondary school, with stable union, with permanent job, and family income from 1 to 2 minimum wage. Regarding the obstetric profile, most of the interviewed women was multiparous, denied abortion, had from 1 to 3 vaginal delivery, had made at least 2 cesarean sections and performed more than 6 prenatal visits. According to the results, the socioeconomic and obstetrics characteristics of the participants indicates favorable conditions to a good development of parturition process. The women's opinion indicated the necessity of nursing professionals to give support and attention during the parturition process, which contributes to a cordial dialog, respecting their singularities.

**Key words: Parturition process. Health Care. Epidemiology**

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
4.1. Processo de Parturição: aspectos sociais .....	16
4.2. Políticas Públicas voltadas ao parto no Brasil .....	19
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
5.1. Tipo de Estudo .....	23
5.2. Local e período da pesquisa .....	24
5.3. Participantes .....	24
5.4. Instrumento e coleta de dados .....	25
5.5. Análise de dados .....	25
5.6. Aspectos Éticos da pesquisa .....	26
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>27</b>
6.1. Características das participantes: aspectos socioeconômico ....	27
6.2. Características das participantes: aspectos obstétrico .....	31
6.3. Opinião das puérperas sobre o cuidado do enfermeiro do pré-parto ao pós-parto .....	34
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICES</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), vivendo mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2011).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais são determinantes do processo de saúde-doença das populações e de cada pessoa em particular. Populações expostas a precárias condições de vida são mais vulneráveis e vivem menos. O Relatório sobre a Situação da População Mundial de 2002 demonstra que o número de mulheres pobres é superior ao de homens, que a carga horária de trabalho das mulheres é maior e que pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que reduz o acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. A discriminação de gênero, raça e de etnia acentua desigualdades e contribui para a configuração de padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2004).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, no Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Em seguida vem as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas. Apesar da mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparecer entre as dez primeiras causas de óbito entre a população feminina, a gravidade do problema é

evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2011).

Com relação a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal, a atenção ao parto e nascimento foi marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorreu ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

O objetivo principal dos profissionais que atendem partos, e seguramente também das mulheres que recebem seus serviços, é o de se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar (BRASIL, 2001). O cuidado de enfermagem transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo a sensibilidade e no processo de parir todas as habilidades podem ser utilizadas pelas enfermeiras, delineando um cuidado sensível. Este cuidado é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebê já que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor (FRELLO, 2010).

Humanizar o cuidado à mulher e sua família, na situação de trabalho de parto e parto, consiste em “respeitar o tempo da mulher no processo de parturição; evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher, dentro de seu contexto de vida” (MOREIRA, 2009). Para isso faz-se necessário ouvir o que as parturientes sentem suas angústias e temores de forma que o trabalho de parto possa ocorrer de forma mais natural, permitindo que as práticas sejam repensadas em adequação às expectativas de suas usuárias, que buscam, nesse momento delicado, uma esfera envolta de cuidado (PRISZKULNIK, 2009).

Segundo Barros (2004) a atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição é considerada como uma possibilidade para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Com essa assistência, poderá diminuir as

ações intervencionistas do tipo cesariana, muitas vezes desnecessárias. Também poderá privilegiar majoritariamente a parturiente como ser ativo no referido processo, conduzido por uma assistência mais humanizada.

Almeida (2006) salienta que, embora a assistência ao parto natural seja realizada por uma equipe de saúde que facilita e incentiva as práticas de humanização do parto respeitando a individualidade da mulher, sua constituição física, contexto social, psicológico e cultural, é necessário a construção de visão humanizada do cuidado além dos recursos humanos e financeiros para que a proposta de humanização da Organização Mundial de Saúde atinja sua plenitude.

Frente ao processo de mudança do paradigma do cuidado no trabalho de parto e parto, a equipe de enfermagem possui papel decisivo já que são os profissionais que estão mais próximos da parturiente (FRELLO, 2010). Ficando implícito, também, que durante a assistência de enfermagem o sujeito do cuidado tem papel fundamental no seu prognóstico. A mulher, enquanto foco do cuidado, desempenha papel preponderante dentro do processo de parturição e nesse viés ressalta-se que ela pode decidir os rumos do seu parto de acordo com seu entendimento sobre o processo e sua disponibilidade em participar ativamente do processo. Diante do exposto surgiram alguns questionamentos: quem são as mulheres que participam do cuidado, quais suas características socioeconômicas e obstétricas? O que elas acham dos cuidados prestados durante todo o processo? Essas indagações são fundamentais no reconhecimento do sujeito a ser cuidado e para uma assistência de enfermagem de qualidade. Assim sendo, nosso objeto de estudo é o perfil das mulheres no processo de parturição.

Na busca de uma assistência de enfermagem humanizada, faz-se necessário reconhecer a mulher numa visão holística, na qual o processo fisiológico/obstétrico do parto não se desprenda dos aspectos psicológicos, sociais e econômicos. O presente trabalho viabiliza o conhecimento da caracterização socioeconômica e obstétrica das puérperas de uma maternidade pública de São Luís e identifica a opinião das puérperas sobre o cuidado prestado pelos enfermeiros.

## 2 JUSTIFICATIVA

Segundo preconiza o Ministério da Saúde (2001) o preparo da gestante para o parto, abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que tem por objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo.

A vivência como bolsista do PIBIC vinculado à pesquisa “O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidada”, me despertou o interesse de um conhecimento mais detalhado das características socioeconômicas e obstétricas dessas mulheres em processo de parturição, bem como a opinião delas sobre o cuidado prestado, o que deu origem ao plano de trabalho “Perfil socioeconômico e obstétrico de mulheres em processo de parturição assistidas em uma maternidade de São Luís – MA”, que originou o presente trabalho.

A situação de saúde/doença envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho, sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico, variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades (BRASIL, 2011). Neste sentido, essa pesquisa justifica-se por permitir entender a mulher em sua integralidade socioeconômica e obstétrica e como elas percebem o enfermeiro, autor do cuidado, afim de estabelecer bases para as intervenções de enfermagem.

### **3 OBJETIVOS**

- Conhecer as características sócio econômicas e obstétrica das puérperas de uma maternidade pública de São Luís;
- Identificar a opinião das puérperas sobre o cuidado prestado pelos enfermeiros.

## **4. REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1. PROCESSO DE PARTURIÇÃO: aspectos sociais**

Entendemos que são dois momentos distintos: para a mulher é o momento em que ela dá a luz e está ocorrendo o que se denomina parto. Já, para o bebê, o novo ser que vem ao mundo, ocorre o seu nascimento. Nesse sentido o parto e o nascimento constituem-se unicamente em um evento biológico despidido de outros fatores inerentes ao ser humano e a seu contexto de vida, como: o psicoemocional, o cultural, o social e o econômico. O processo de parto retirado do seu contexto natural pode ser traumático tanto para a mãe quanto para o bebê (ALMEIDA, 2006).

A cultura e a história pessoal da parturiente influenciam nas idealizações e imaginações que ela tem em relação aos diversos tipos de parto. A parturiente teme também que os procedimentos obstétricos realizados no parto causem a ela, experiências ruins como, por exemplo, a posição mantida no parto, episiotomia, lavagem intestinal, etc, além de não sentirem-se à vontade no ambiente do hospital, temerem estar num local estranho, amedrontador, que não é algo comum à rotina das mesmas (SOIFER, 1980; apud ALMEIDA, 2014)

Segundo Helman (2009; apud PIMENTA, 2012), o parto inscreve-se nesse universo cultural por ser um fenômeno que perpassa todas as sociedades e tempos/espacos. Esse sistema de crenças herdadas é chamado de “cultura do nascimento”, a qual informa aos membros da sociedade sobre a natureza de todo processo parturitivo da mulher, e influencia seu significado em relação ao tipo de parto. Diz ainda que a gestação e o parto é a transição do papel de “mulher” para o de “mãe” e, como em todas as transições sociais, a pessoa deve ser protegida de qualquer dano, através de determinados rituais e comportamentos.

O processo de parto, compreendido como o trabalho de parto e o parto, é complexo e envolve a equipe de saúde com a mulher e sua família, em um momento intenso de transformações em suas vidas – o nascimento de um filho (FRELLO, 2010). A gestante deve ser orientada pelo médico e/ou enfermeiro obstetra com todos os esclarecimentos necessários à cerca das opções de qual tipo de parto seguir.

Segundo Brasil (2000) o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano. Assim, a história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. São também parte desta história os fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal.

No Brasil, segundo Brenes (1991), os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio.

A medicina, enquanto instituição, incorporou a prática das parteiras como uma das suas atribuições, intitulando-a Arte Obstétrica e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados. Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII) se estendendo ao Brasil, ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808 (Brenes, 1991).

O modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento tem recebido críticas, reforçadas por setores governamentais e não governamentais que exigem a implementação de mudanças encabeçadas pelo próprio Ministério da Saúde. Como estratégia de reorientação da assistência ao parto, surge, então, o movimento denominado humanização da assistência ao parto e ao nascimento, que realça a necessidade de se implantar uma assistência menos intervencionista, com a participação ativa da mulher no processo parturitivo, com valorização dos aspectos sociais e emocionais da parturição (BRASIL, 2006).

O Brasil vem sendo palco de intensas alterações demográficas, sociais, econômicas e políticas. As dinâmicas demográficas apontam para os processos de

envelhecimento da população e de redução da taxa de fecundidade. Além disso, há nas últimas décadas a intensificação do processo de transformação social decorrente da urbanização e da industrialização, refletindo amplamente na realidade social, em especial na condição de vida das mulheres brasileiras. Compondo a maior parte da população brasileira, as mulheres têm avançado na conquista de seus direitos e de uma situação de igualdade com os homens. Reflexo disso é uma queda da taxa de fecundidade, que passou de 2,3 filhos por mulheres em 2000 para 1,7 em 2015, trazendo a taxa de crescimento populacional para 0,83% ao ano (BRASIL, 2015).

No que tange às principais causas de mortalidade entre as mulheres brasileiras, em 2011, 34% dos óbitos entre a população feminina foi em decorrência de doenças do aparelho circulatório; as neoplasias foram responsáveis por mais de 18% dos óbitos; e, as doenças do aparelho respiratório causaram quase 13% das mortes entre as mulheres. Comparativamente, estas três causas afetam mais a população feminina que a população masculina. Já em relação às taxas de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis, nota-se que, em 2012, as quatro causas mais frequentes eram as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, diabetes melito e doenças hipertensivas. Entre 2000 e 2012, houve uma redução, entre a população feminina, das taxas de mortalidade das doenças cerebrovasculares e das isquêmicas do coração, ao passo que as taxas de mortalidade de diabetes melito e das doenças hipertensivas aumentaram no mesmo período. Por fim, cabe destacar que, em 2012, as taxas de mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis entre as mulheres pretas eram as mais altas para todos os tipos de doença, exceto para câncer de mama e para as neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões (BRASIL, 2015).

As taxas de mortalidade materna e as possibilidades de sua redução estão diretamente relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde ofertados. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde – SUS recomenda que as gestantes tenham pelo menos sete consultas de atendimento pré-natal. Em 2012, 62,4% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natal; 27,3% tiveram de 4 a 6 consultas; 7,3% tiveram de uma a três consultas; e, 3% não tiveram nenhuma consulta pré-natal. Embora esses dados apontem para uma cobertura relativamente ampla do acesso ao pré-natal, há que se ressaltar as disparidades regionais. As mulheres das Regiões Norte e Nordeste tiveram menos acesso ao atendimento pré-natal como recomendado

pelo SUS: apenas 41% das gestantes da Região Norte e 50,2% das gestantes do Nordeste realizaram sete ou mais consultas (BRASIL 2015).

Outro aspecto importante ao se considerar a saúde da mulher durante a gravidez é o tipo de parto realizado. O Brasil é notoriamente conhecido pelo alto percentual de partos por cesariana. Com efeito, entre 2000 e 2012, esse tipo de parto aumentou significativamente entre todas as faixas etárias e representou, em 2012, quase 56% dos partos realizados no Brasil. Cabe ressaltar que a Organização Mundial de Saúde – OMS recomenda que a cirurgia cesariana seja praticada apenas quando haja efetivo risco de morte para mãe ou para a criança, pois, sendo uma intervenção bastante intrusiva, também apresenta sérios riscos às mulheres e a suas/seus filhas/os. A OMS preconiza que essa prática não ultrapasse os 15% dos partos realizados (BRASIL, 2015).

#### **4.2. Políticas públicas voltadas ao parto no Brasil**

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitada, porém, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Este modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (BRASIL, 2004).

O primeiro programa de defesa à saúde materno infantil do Brasil foi implantado durante o Estado Novo, governo de Getúlio Vargas. Suas atividades eram realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), que objetivava apenas normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução (BRASIL, 2011).

Durante o Estado Novo a maior preocupação do governo era a redução da mortalidade infantil como estratégia para aumentar a população, sem se preocupar com a qualidade da reprodução humana e com as condições de saúde da mulher, que era vista apenas como fonte de reprodução e cuja função era voltada exclusivamente para a criação de braços fortes para servir o País, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. Não havia um acompanhamento da sua saúde, nem mesmo durante a

gravidez. O governo apenas incentivava a procriação em massa, sem fornecer as condições mínimas necessárias para um bom desenvolvimento gestacional (CASSIANO, 2014). Esse modelo sofre, por isto, grandes críticas, principalmente dos movimentos feministas.

Em outro momento, foi evidenciado nos Anais da V Conferência Nacional de Saúde, o primeiro Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI). O grupo materno-infantil, na época, foi objeto de prioridade do Governo, pois representava parcela ponderável da população (70,98%) e caracterizava-se por condições biopsicossociais que o tornavam mais vulnerável aos riscos de adoecer e morrer. O mesmo foi implantado em 1974, em observância às disposições contidas no Decreto-lei nº 200, de 1967 e no II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico – Social 1975/1979, fixado pela Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974.

O PSMI foi instalado no intuito de aumentar a cobertura e conseqüentemente elevar o nível de saúde do grupo em questão, melhorar os padrões de produção e de produtividade das unidades que realizam as ações de saúde dirigidas ao grupo materno-infantil; aperfeiçoar e/ou capacitar os recursos humanos necessários ao desenvolvimento do programa, desde a área gerencial à operacional; iniciar um processo sistemático de planejamento, controle e avaliação do programa materno-infantil, articulando os níveis, federal, estadual e local, que será aplicado às diferentes regiões do País, mercê dos ajustamentos que se façam necessários. Tendo como objetivo central a redução da morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil (BRASIL, 1975).

Em 1984, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que propõe que os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção. Esse novo programa tem como principais relevâncias a melhora na qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no

sistema formal como no informal (parteiras tradicionais) e também desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. Essas recomendações buscavam proporcionar conhecimento à população e esclarecer os profissionais de saúde. Para tanto classificava em quatro categorias: práticas confirmadamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (CARVALHO, 2015).

O Ministério da Saúde, instituiu o Prêmio Galba de Araújo, ainda no ano de 1998, procurando reconhecer os esforços desenvolvidos pelos profissionais da saúde nas instituições públicas e privadas na luta constante pelo desenvolvimento de práticas inovadoras voltadas para a humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 1999).

O Ministério da Saúde em 05 de agosto de 1999 lançou a portaria nº 985/GMart. 1º, que cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, que deverá prestar atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias.

Depois disso, em junho de 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria/GM nº 569, que teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O PHPN foi implantado com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido (CASSIANO, 2014).

Entre as conquistas adotadas na humanização do parto e nascimento, está a Lei no 11.108, de abril de 2005, que garante à parturiente um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005). A participação do acompanhante durante o processo de parturição envolve o apoio emocional, importante na medida em que compartilhar o momento do parto e nascimento com o acompanhante pode ser um facilitador do trabalho de parto para a parturiente (CASSIANO, 2014).

Cassiano (2014), salienta que para acompanhar, planejar e avaliar a qualidade do pré-natal e puerpério das mulheres inseridas no PHPN e monitorar o pagamento do incentivo financeiro, foi criado pelo Datasus um software denominado SISPRENATAL (Sistema Eletrônico para Coleta de Informações sobre o Acompanhamento das Gestantes Atendidas no SUS). O SISPRENATAL foi desenvolvido para permitir o acompanhamento da gestante desde o início da gravidez até o puerpério. Cada município fica responsável por inserir os dados no programa e, se o procedimento é realizado de forma correta, é possível obter uma visão geral das condições de saúde da gestante e não apenas o número absoluto das consultas realizadas. Com a criação do SISPRENATAL foi possível fazer o monitoramento das gestantes em cada região do Brasil, o que facilitou o repasse financeiro de acordo com a necessidade de cada região.

Sobre a eficácia e cobertura do PHPN Cassiano (2014) discorre que apesar das propostas estabelecidas pelo programa parecerem, por si só, capazes de modificar o grave quadro de saúde da mulher e da criança brasileira e reduzir os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal apenas foi observado apenas um aumento no número das consultas de pré-natal e não uma melhora significativa da qualidade da assistência, ficando essa assistência restrita aos grandes centros urbanos, permanecendo a maior parte da população feminina à mercê de um atendimento pouco resolutivo, limitado e pouco humanizado.

Em Junho de 2004 foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, onde foi construído o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, no qual incluía reformulações na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Este plano expressa o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito, e o

entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país. Expressa ainda o reconhecimento de que a construção destas políticas deve ser feita em permanente diálogo com a sociedade e as organizações que a representam.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher adotou os princípios da humanização e da qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados; na satisfação das usuárias; no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas; no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do auto cuidado.

Em maio de 2011, através da portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2010, o Ministério da Saúde Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha, fundamentada na humanização da assistência à mulher e aos recém-nascidos, e reafirma o acompanhamento de pessoa de livre escolha da mulher no trabalho de parto, como um dos direitos a serem respeitados (BRASIL, 2011).

Em Janeiro de 2016 o Ministério da Saúde lançou a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal que é um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil. Este documento, em conjunto com Diretrizes de Atenção à Gestante, visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Esta diretriz tem como finalidade principal sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, vinculado à pesquisa “O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidado” que é uma pesquisa

qualitativa. Para o desenvolvimento deste estudo elegeu-se os aspectos que caracterizam as mulheres, participantes da pesquisa maior, em seu aspecto socioeconômico e obstétrico, como plano de trabalho de Iniciação Científica. Buscou-se também a opinião das mulheres sobre o cuidado que receberam na maternidade.

## **5.2. Local e Período da Pesquisa**

Este estudo foi realizado na Maternidade Marly Sarney, no período de agosto de 2014 a maio de 2015. A referida maternidade está localizado na Avenida Jerônimo de Albuquerque, Cohab Anil III – São Luís, MA – CEP:65051210. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde(CNES), esta unidade, pertencente à rede de serviços de saúde do Estado, fazendo parte dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento da Gestante de Alto Risco, criado para assegurar uma melhor qualidade no atendimento à gestante de alto Risco e visando à redução do índice de morbimortalidade materna e neonatal. A unidade é habilitada para oferecer os seguintes serviços especializados: serviço de atenção ao pré-natal e nascimento (acompanhamento do pré-natal de alto risco e de baixo peso, parto em gestação de alto risco), serviço de suporte nutricional, serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatológica, serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia), serviço de diagnóstico por laboratório clínico.

## **3.3 Participantes**

Fizeram parte do estudo todas as puérperas que foram atendidas na maternidade Marly Sarney do pré-parto ao pós-parto, no período da pesquisa. A amostra foi composta por 28 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão: mulheres com idade mínima de 18 anos, que passaram pelo processo de parturição, independente do tipo de parto e que se encontram no alojamento conjunto, entre 24 e 40 horas. Esse tempo é devido às questões de adaptação ao alojamento conjunto e a expectativa da alta hospitalar. Como critério de não inclusão no estudo mulheres com distúrbio de comportamento, encaminhadas para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pós-curetagem uterina e pós-parto de feto natimorto.

### **3.4 Instrumento e Coleta de Dados**

Foi utilizado o banco de dados da pesquisa maior “O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidado”, relacionado às características socioeconômicas e obstétricas (ANEXO A). Esse instrumento contemplou dados de identificação dos sujeitos da pesquisa (nome), dados socioeconômicos (idade, raça, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar) e dados obstétricos (número de gestação, abortamento, número de parto natural, número de partos cesáreos, número de consultas pré-natal e local de consulta pré-natal). Além da opinião das puérperas que foi coletado por meio de entrevista gravada por meio digital, representando os aspectos qualitativo da pesquisa.

Os dados foram coletados através de entrevista individual, com auxílio e registro do instrumento de coleta de dados, feito diretamente com as participantes. Após explicação sobre objetivos, benefícios e possíveis riscos que poderiam advir da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), as puérperas que aceitaram participar, foram convidadas a se deslocar para uma sala reservada, para que se sentissem mais seguras e a vontade para responder a entrevista.

Todas as puérperas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo às questões éticas do estudo.

As entrevistas, após a coleta dos dados objetivos, foram gravadas mediante autorização prévia dos entrevistados e posteriormente transcritas, após escuta exhaustiva dos áudios.

### **3.5. Análise dos Dados**

Os dados quantitativos foram digitados e analisados no programa Epi Info considerando a frequência absoluta e relativa, sendo apresentados na forma de gráficos e tabelas. Com relação aos dados qualitativos, após a realização das entrevistas em formato de áudio, as falas dos sujeitos foram transcritas manualmente. As falas foram agrupadas de acordo com os núcleos de sentido formando categorias temáticas (BARDIN, 2010), das quais foram extraídas a opinião das participantes sobre o cuidado.

### **3.6.Aspectos éticos da pesquisa**

Em atendimento a resolução 466/12do Conselho Nacional de Saúde, foram observados os princípios éticos da beneficência (isenção de dano e exploração), não maledicência (abstenção de realizar ações que possam causar danos ou prejudicar outros), respeito à dignidade humana (consentimento autorizado) e justiça (direito a tratamento justo e à privacidade), durante todas as etapas dessa pesquisa.

O projeto pesquisa “O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidado” foi submetido à plataforma Brasil e aprovado no comitê de ética em pesquisa do hospital universitário sob o parecer nº 641.772 (APÊNDICE C).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 6.1. Características das participantes: aspectos socioeconômico

Participaram do estudo 28 mulheres em processo de parturição com média de idade de 27 (sendo a idade mínima 20 anos e máxima de 36 anos).

Segundo REZENDE & MONTENEGRO (2008) embora a idade biológica ideal para se instalar a primeira gestação seja entre 18 e 20 anos, por ser considerado o período de pleno desenvolvimento fisiológico e anatômico da mulher, em função do desenvolvimento somático e psicológico de cada uma e dos aspectos preventivos que devem presidir a assistência obstétrica, essa idade pode ser estendida. Assim, os limites fisiológicos para se ter a primeira gestação passaram a ser 16 (primigesta precoce) e 35 anos (primigesta tardia), idades consideradas de maior frequência de riscos obstétricos.

O parto em idade tardia ou precoce é um tema da reprodução feminina que continuamente foi cercado por crenças e tabus, e influenciado por questões culturais. A evolução da ciência médica proporcionou que gestações e partos, independente da idade materna, pudessem ocorrer sem intercorrências. Aliada aos avanços sociais, na educação e nutrição, respaldados cientificamente, possibilitou que os fatores de risco obstétrico do parto, que diferem nos extremos de idade materna, fossem reduzidos e alguns extintos (SILVA; SURITA, 2009; apud ALMEIDA, 2014).

**Tabela 1** - Características socioeconômicas de mulheres em processo de parturição atendidas na Maternidade Marly Sarney, São Luís / MA.

Variável	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 26	13	46,43%
27 a 34	9	32,14%
35 ou mais	6	21,43%
<b>Raça/cor</b>		

Branca	6	21,43%
Negra	2	7,14%
Parda	20	71,43%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	7	25,00%
Solteira	5	17,86%
União Estável	16	57,14%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Completo	2	7,14%
Fundamental Incompleto	3	10,71%
Médio Completo	16	57,14%
Médio Incompleto	1	3,57%
Superior Completo	5	17,86%
Superior Incompleto	1	3,57%
Desempregada	2	7,14%
Do lar	12	42,86%
Outros	14	50,00%
<b>Renda</b>		
<1	8	28,57%
>2	8	28,57%
1 a 2	12	42,86%
Total	28	100%

No presente estudo a faixa etária das mulheres que participaram (tabela 1) demonstra que a maioria está numa idade biológica fora do risco obstétrico (faixa etária de 18 a 26 – 46,43%).

A escolaridade materna também exerce forte influência em diversos aspectos do ciclo gravídico-puerperal, de acordo com Haidar, Oliveira e Nascimento (2001),

eles afirmam que a baixa escolaridade materna é um fator que pré-predis põe a mãe e o recém-nascido ao aparecimento de situações potencialmente de risco. No estudo realizado por estes autores, as gestantes com menos de oito anos de escolaridade apresentaram chance 1,5 maior de terem recém-nascidos com baixo peso na gestação, talvez pelo fato deste grupo ter apresentado também um menor ganho de peso na gestação e um início mais tardio do pré-natal, tendo conseqüentemente um menor número de consultas.

Neste estudo 57,14% das mulheres cursaram o médio completo, 17,86% possuem um curso superior completo, 10,71% possuem fundamental incompleto, 7,14% fundamental completo, 3,57% possuem médio incompleto e 3,57% possuem ensino superior incompleto. Nota-se um maior grau de instrução da maioria das puérperas e portanto um menor potencial de riscos obstétricos entre as mulheres que participaram deste estudo, pois a maior escolaridade pode ter constituído um fator favorável para a compreensão e o aproveitamento das orientações disponibilizadas no serviço de pré-natal, assim como de prevenção de riscos e complicações obstétricas.

Em relação a situação conjugal das mulheres nota-se que a grande maioria delas convivem com seu cônjuge em união estável – 57,14% e casada – 25,00%, e somente 17,86% das mulheres são solteiras. Brasil (2006) aponta a situação conjugal insegura como fator de risco para gravidez. Um estudo realizado por Ferrari (2001) observou que os relatos de parturientes solteiras evidenciaram mais ansiedade, sofrimento e desamparo, o que implica que a experiência do parto parece ter sido mais sofrida para as mães solteiras do que para as casadas. Além disso, a experiência do parto parece ter sido mais difícil entre as mães solteiras, registrando-se maior incidência de complicações de parto (FERRARI, 2001; apud REIS et al., 2014).

Sendo assim, a maioria delas apresentou uma situação conjugal favorável à evolução da gravidez, tendo em vista o apoio e a participação do companheiro na promoção de sua segurança psicoativa e socioeconômica.

Dentre as mulheres entrevistadas 71,43% considera-se parda, 21,43% branca e apenas 7,14% considera-se negra. A raça das mulheres influencia diretamente no processo de saúde-doença, estudos já comprovaram que algumas raças tem uma

predisposição maior para certos tipos de doença. No caso das mulheres negras, a literatura refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme. São doenças sobre as quais os dados empíricos são suficientes para demonstrar o recorte racial/étnico relativo à população negra (BRASIL, 2011).

A etnia não é por si só fator de risco, mas a inserção social adversa do grupo racial constitui-se em vulnerabilidade, os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de seu estado de saúde (BRASIL, 2011). As raça das mulheres participantes desse estudo não caracteriza um potencial de risco para as condições obstétricas, uma vez que a raça negra constitui minoria (7,14%).

Segundo Sacramento e Nascimento (2011) a introdução do quesito cor foi normatizada pelo Ministério da Saúde, em 1996, devendo constar em documentos importantes, dentre os quais estão declaração de nascido vivo, autorização de internação hospitalar (AIH) e prontuário médico, documentos importantes dentro das práticas obstétricas.

Quanto a ocupação, nota-se, que apesar de 50,00% das mulheres deste encontrar-se empregadas, 42,86% realizam só atividades do lar (não remuneradas) e 7,14% declaram-se desempregadas. Isso denota que metade das mulheres deste estudo não está inserida no mercado de trabalho e encontra-se em situação desfavorável.

A ocupação é descrita por Brasil (2006) como uma dos fatores que podem trazer riscos durante a gestação, principalmente aquelas que requerem maior esforço físico. Porém deve-se ponderar e analisar cautelosamente o afastamento da mulher no período gravídico-puerperal devido ao papel de mantenedora familiar, que uma grande parte das mulheres ocupam na atualidade.

Em relação à renda familiar, 42,86% das mulheres declararam que possuem uma renda que varia de 1 a 2 salários mínimos, 28,57% possuem renda superior a 2 salários mínimos e 28,57% mantêm sua família com menos de uma salário mínimo. Segundo Critério de Classificação Econômica Brasil construído pela ABEP, a maioria

das mulheres deste estudo é classificada como da classe D (ABEP, 2014), o que denota uma certa dificuldade na provisão de recursos necessários à família.

## 6.2. Características das participantes: aspectos obstétricos

Quanto ao perfil obstétrico, a maioria das mulheres entrevistadas eram múltiparas (67,86%), negaram a realização de abortos (75,00%), 67,86% tiveram de 1 a 3 partos vaginais e 60,71% não realizaram nenhuma cesárea. (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil obstétrico da mulheres processo de parturição atendidas na maternidade Marly Sarney, São Luís/MA.		
Variável	N	%
<b>Nº de Gestações</b>		
Múltipara	19	67,86%
Primípara	9	32,14%
<b>Aborto</b>		
1 ou mais	7	25,00%
Nenhum	21	75,00%
<b>Partos Vaginais</b>		
1 a 3	19	67,86%
4 ou mais	2	7,14%
Nenhum	7	25,00%
<b>Nº de Cesáreas</b>		
0	17	60,71%
1	3	10,71%
2	6	21,43%
3	2	7,14%
Total	28	100%

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a multiparidade é um fator de risco obstétrico. Na pesquisa em questão 67,86% das mulheres, a maioria, já pariram mais de uma vez, porém somente 7,14% tiveram mais de 4 partos, o que não representa um potencial fator de risco. Esse fator pode ser encarado como potencialmente positivo no que diz respeito a gama de informações que essas mulheres obtiveram em experiências anteriores com esse processo.

No presente estudo foi observada que a maioria das mulheres não realizou nenhuma cesárea (60,71%). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) a taxa máxima aceitável de cesáreas em qualquer região é de 15% e apesar do uso iatrogênico de cesáreas ser mais frequentemente atribuído a instituições privadas e população de maior renda (BARBOSA et al, 2003). Porém, ainda é considerável o número de mulheres nesta pesquisa que realizaram pelo menos 3 cesáreas, com uma taxa de 10,71% dos casos.

Apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico nas últimas décadas, mesmo nos países onde a mortalidade materna é reduzida, o risco relativo de morte materna é ainda mais elevado na cesariana que no parto normal, sendo também consenso que o parto normal é o vaginal, mais seguro para a mulher e a criança (BRASIL, 2001), havendo uma constante corrente à favor do parto natural por todo mundo. O número de partos vaginais encontrados neste estudo, também corrobora com as campanhas recentes à favor do parto natural, com 67,86% das mulheres realizando de 1 a 3 partos vaginais durante a sua vida.

Nota-se uma taxa de 75% das mulheres desta pesquisa que declararam não ter experiências passadas com abortamento, o que denota que a maioria das mulheres possuía baixo risco obstétrico relacionado ao aborto. No Brasil, o aborto é uma prática proibida, aceita somente em alguns especiais, devidamente orientadas por lei (estupro, anencefalia, risco de morte materna), tendo que ser encarado portanto como direito das mulheres, o mesmo assumiu o compromisso de implementar serviços, melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade e morbidade decorrente do aborto em seus países (BRASIL, 2001). Segundo Brasil (2005), o abortamento habitual constitui um risco obstétrico.

Tabela 3 - Cobertura pré-natal das mulheres em processo de parturição.		
Variável	N	%
<b>Nº de Consultas Pré-natais</b>		
1 a 5	7	25%
6 ou mais	20	71,42%
Nenhum	1	3,58%
Total	28	100%

Quanto ao número de consultas de pré-natal, a média relatada foi de 6,50 consultas. Sendo que 71,42% realizaram 6 ou mais consultas, 25% realizaram até 5 consultas e 3,58% não realizaram nenhuma consulta. O Ministério de Saúde preconiza no mínimo 6 consultas, pelo menos 1 no primeiro trimestre, 2 no segundo e 3 consultas no terceiro trimestre (BRASIL, 2005). (Tabela 3).

No estudo realizado por Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), no registro de declaração de nascidos vivos de uma cidade do estado de São Paulo, foi identificado que as gestantes com maior instrução apresentaram chance duas vezes maior de efetuar mais de seis consultas no pré-natal. Verificamos neste estudo que o comparecimento elevado de gestantes ao pré-natal pode ter relação com a escolaridade das gestante, visto que a maioria possui ensino médio completo e um percentual considerável possuem curso superior completo ou em andamento, revelando um maior acesso às informações sobre saúde e uma maior preocupação com as mesmas.

Quanto ao local da realização do pré-natal, 33% das mulheres realizaram o pré-natal no ambulatório da Maternidade Marly Sarney, outras 15% no Posto de Saúde da Vila Luizão e 52% realizaram o pré-natal em diversas unidades de saúde do município de São Luís/MA, sendo essas unidades públicas ou privadas.

Tabela 4 – Local de realização de pré-natal das mulheres em processo de parturição.		
Variável		%
<b>Local da Realização do pré-natal</b>		
Ambulatório Marly Sarney		33%
Posto de Saúde da Vila Luizão		15%
Outras unidades		52%
Total		100%

Não foram encontrados estudos que correlacionem o local de realização do pré-natal com o risco obstétrico, porém estudo realizado por Paiva (2011) relaciona a não adesão às ações de assistência prestada ao pré-natal com à distância da unidade de saúde.

### **6.3 Opinião das puérperas sobre o cuidado do enfermeiro do pré-parto ao pós-parto.**

As falas das participantes, registradas neste estudo, mostram a opinião sobre o cuidado prestado pelos enfermeiros, ao serem recebidas na maternidade em trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Dividiu-se as falas entre aquelas com características de acolhimento e aquelas que caracterizavam descuido. As mulheres entrevistadas são descritas, para preservação de sua identidade, com a letra “M” seguida de um número que a representa.

#### **a) Acolhimento**

- .... toda hora vinha uma enfermeira perguntar como eu estava (M24)
- *Durante o trabalho de parto os enfermeiros nunca me deixaram sozinha (M7)*
- *As enfermeiras foram atenciosas, conversaram comigo. Bacana... (M27)*
- *Eu me encantei com a equipe que fez o meu parto (M6)*
- *As pessoas eram atenciosas, toda vida que eu chamava vinham e falavam comigo com muita delicadeza, me explicavam tudo o que iam fazer (M25)*
- *Aqui na enfermaria toda hora vem um enfermeiro, um pediatra pergunta como é que o bebê está, como é que eu estou (M7)*

- *Na enfermaria o cuidado está melhor[...] vem às enfermeiras, vem obstetra, vem o pediatra, conforme as queixas [...] (M16)*
- *Teve um rapaz que eu não sei [...] quem ele era, [...] me botou numa bola pra eu fazer exercício, mandou eu andar, aí quando eu andava e que a dor apertava ele mandou eu ficar com as mãos assim na parede e as pernas abertas e fazer respiração tipo cachorrinho pra aliviar a dor, fazia massagem nas minhas costas quando a dor aumentava. (M8)*

As falas das puérperas, acima, explicitaram a importância do apoio e da atenção da equipe de saúde durante o processo de parturição, proporcionando cuidado, conforto e segurança, através de um diálogo acolhedor, explicando o que vai acontecer, o que são maneiras singelas de cuidar.

A atenção dispensada pelos profissionais de saúde durante o processo de parturição foi o significado mais enfatizado pelas mulheres. Segundo Merhy (2007), a palavra atenção privilegia as tecnologias leves, ou seja, está ligada a aspectos relacionais; podemos dizer que é expressada através de símbolos significantes que ao estarem presentes nas atitudes de cuidar dos profissionais significam para a parturiente o estar sempre atento, escutar, ouvir e ter percepção acerca de suas necessidades, como podemos verificar nas falas abaixo.

Segundo HAGUETTE (2010), a interação como parte da vida humana é fundamental para o desenvolvimento de organizações de papéis sociais e de ações de cuidados, como podemos verificar na fala acima da M6, quando descreve que foi cuidada por uma equipe de saúde durante o seu parto.

Segundo Milbrath (2010) a interação entre o enfermeiro e a parturiente pode ser uma relação de cuidado, na qual o diálogo não é simplesmente uma ação isolada de passagem da informação, mas um ato de cuidar, pois por meio dele pode-se acalmar reduzindo parte do estresse vivenciado durante o processo parturitivo.

O suporte emocional durante o processo de parturição é característica de um parto humanizado, o diálogo referido gera um ambiente harmônico fortalecendo a confiança entre a parturiente e os profissionais, sendo capaz de gerar o sentimento de segurança minimizando os seus medos e anseios frente ao parto, sendo via normal ou cesárea (BRASIL, 2001; WOLFF, WALDOW, 2008).

Fica claro nas falas que a cordialidade no cuidado que o enfermeiro dispense no ato de cuidar e no diálogo com a paciente é fundamental para compreensão e

aceitação do cuidado a elas dirigidos. Explicar o procedimento para o paciente torna-se mais facilitado quando o mesmo entra em uma atmosfera de confiança, que só é possível quando a relação enfermeiro-paciente é harmônica, fazendo com que a mulher produza um feedback positivo no entendimento do cuidado à ela prestado.

Outro aspecto levantado na fala de M8 é a não clareza na identificação do profissional que prestou cuidado. O Ministério da Saúde determinou que todo usuário do SUS deverá saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde. 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 (BRASIL, 2006).

Muitas vezes as formas de se referir aos profissionais de saúde utilizadas pelas usuárias são carregadas por fatores culturais, gerando uma generalização dos profissionais de saúde a médicos. Apesar da maioria das puérperas identificarem as enfermeiras obstetras, notou-se certo desconhecimento e até receio da assistência prestada por este profissional (BARBOSA, 2013).

Barbosa (2013) salienta que durante seu estudo foi percebido que muitas mulheres passaram a conhecer a profissão devido as enfermeiras terem se apresentado a elas, um fato determinante para a valorização da profissão e favorecimento do conhecimento da população frente a profissão de enfermagem.

#### **b) Descuidado**

*-[...] nem todos os enfermeiros são iguais, porque tem uns que não são nem aí, tem uns que dizem assim, “Ahhh, você já está acostumada!”. Eu acho que eles deveriam ter mais atenção [...] nessas horas. (M13)*

*- [...] tem muita enfermeira atenciosa, mas tem umas que não dão a mínima pra gente [...] que vem com ignorância [...] falam que se você não quisesse está aqui você não tinha engravidado [...] são grossas demais (M10);*

*- Se você me perguntar qual foi o nome do médico, eu não sei nome do médico, qual foi a enfermeira que estava contigo? Eu não sei o nome da enfermeira. Se me perguntar quem é quem? Eu não sei quem é ninguém. (M18);*

*- [...] a enfermeira [...] a anestesista não conversou, não fez com que a gente se sentisse tão à vontade, como eu estava muito nervosa, eu tremi, mexi a coluna e acabei perdendo um pouco do líquido e em vez dela me acalmar ou dá um pouco mais de atenção ao meu estado ela começou a falar: “quer parir, então tem que parir é normal, porque não quer levar anestesia tem que parir é normal, eu te*

*espero no outro ano de novo aqui!" [...] essas foram às palavras que eu ouvi nessa hora(M19).*

*-[...] pra quem é a primeira vez que está passando pelas contrações, pelos sintomas de parir, deveria ter mais atenção, principalmente pela parte das enfermeiras, de acalmar [...] tinha que ter uma enfermeira explicando durante o trabalho de parto que é assim mesmo [...] respira, faz força, ou então anda, fica sentada. (M16)*

A parturiente/puérperas e a sua família buscam um cuidado capaz de abranger a sua integridade física e emocional, com uma assistência profissional competente e humanizada, que considere sua singularidade, suas emoções e o significado do parto em si mesma. Apesar da parturição se constituir uma rotina nas maternidades, cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, considerando cada parto e nascimento, independente da paridade, como episódios únicos na vida da mulher e sua família, como experiência de extrema importância que requer atenção no cuidado. Devido à complexidade e particularidade de cada situação, o modo como o cuidado é oferecido implica na satisfação de quem o recebe (GRIBOSKI, GUILHEM, 2006).

Estudos realizados sobre o desrespeito e abusos durante a assistência prestada no processo de parturição incluem: violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos coercivos e não consentidos sem o devido esclarecimento, violação de privacidade e cuidado negligente durante a parturição podendo levar a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida da mãe e filho (BOWSER, HILL, 2010).

Durante o atendimento é importante o profissional conversar com gentileza e com frequência com a mulher, transmitindo confiança, segurança e profissionalismo. Segundo o Ministério da Saúde (2001) também é importante considerar, nesse processo, os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais.

Nas falas dessas mulheres é notório que, ao buscar os serviços de atenção ao parto, elas não almejam somente os procedimentos técnicos por eles fornecidos mas também o acolhimento e conforto que os profissionais de saúde, por esperar que dominem a situação, possam dispensar. Fica explicitado nas falas a insatisfação quanto as formas grosseiras de abordagem durante os procedimentos, não dando espaço para a preservação da autonomia das parturientes.

## 7. CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, as características socioeconômicas e obstétricas e a cobertura pré-natal das participantes apontaram condições favoráveis para o bom desenvolvimento do processo de parturição. Os mesmos demonstram baixos riscos obstétricos para a maioria das puérperas entrevistadas. A realização de um número de consultas pré-natais satisfatórios somados a boa instrução das participantes e a experiências anteriores com o processo garantiram a essas mulheres que o processo atual fosse mais facilitado.

As opiniões sobre o cuidado do enfermeiro explicitadas pelas puérperas, apontam a necessidade de demonstração de apoio e atenção para com as mulheres e família, por parte desses profissionais, durante todo o processo de parturição. O diálogo enfermeiro-mulher nesse processo deve acontecer de forma cordial e com respeito as singularidades de cada mulher.

Acredita-se que o reconhecimento das características socioeconômicas e obstétricas dessas mulheres e da sua opinião sobre cuidado prestado pelo enfermeiro geram subsídios que poderão melhorar a atuação do enfermeiro no cuidado à mulher no processo de parturição. Entender que cada mulher deve ser tratada de modo diferente, de acordo com suas peculiaridades, e que é preciso conhecer para cuidar.

## REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critérios de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org). Acesso em 17 de JAN.2017.
- ALMEIDA, N.A.M.; et al. **A humanização no cuidado à parturição**. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 7, n. 3, dez. 2006. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/892/1077>>. Acesso em: 02 AGO. 2014. doi:10.5216/ree.v7i3.892.
- ALMEIDA, P.C. **Parturição: descrição e análise dos principais aspectos envolvidos no processo do parto/ Priscila Correia Almeida**. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Graduação em Enfermagem, ES, 2014. Disponível em: [http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC\\_2014-2\\_Priscila.pdf](http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Priscila.pdf). Acesso em 16 de JAN.2014.
- ARAGAO, Júlio. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. Revista Práxis ano III, nº 6, pag. 59, AGO. 2011. Disponível em <http://foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>. Acessado em 21 NOV. 2014.
- BARBOSA, Tatiana Antunes. **Percepção das puérperas frente ao cuidado das enfermeiras obstetras no parto e nascimento**. Monografia (Graduação). Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem, 2013. Brasília: [Sn], 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2010.
- BARROS, Lena Maria; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição**. Revista Texto Contexto Enfermagem, [S.l.], v. 13, n. 3, pág. 376-82, Jul-Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a06v13n03.pdf>. Acessado em 02 AGO. 2014.
- BOWSER D; HILL K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. USAID/Traction Project, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401776/>. Acesso em 17 de JAN.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I Ministério da Saúde.** - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6). Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf).

Acesso em 15 de JAN.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em 15 de JAN.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde do. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em 21 AGO. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização – Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher /** Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 128 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_2003a2006\\_politica\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf). Acessado em 21 OUT. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 17 de JAN.2017.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. 181p. ISSN 2318-5619, Disponível em: [http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam\\_completo.pdf](http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf). Acesso em 05 de FEV.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal** – Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em 16 de Jan.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985/GM**. Dispõe sobre a criação do Centro de Parto Natural. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 de AGO, 1999. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria\\_985\\_1999\\_cpn.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf). Acesso em 15 de JAN.2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de Junho de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em 16 de JAN.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.406**. Aprovação do regulamento do Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 de Dezembro de 1999. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjVoYXu0f\\_RAhWBOCYKHUw9BQQQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fsna.saude.gov.br%2Flegisla%2Flegisla%2Finformes%2FGM\\_P1.406\\_99informes.doc&usg=AFQjCNFb90fc9RfOfalR8lluV1DIGbS\\_fA&sig2=MBMLtVZ71Z4LCc pwrqwdDw](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjVoYXu0f_RAhWBOCYKHUw9BQQQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fsna.saude.gov.br%2Flegisla%2Flegisla%2Finformes%2FGM_P1.406_99informes.doc&usg=AFQjCNFb90fc9RfOfalR8lluV1DIGbS_fA&sig2=MBMLtVZ71Z4LCc pwrqwdDw). Acesso em 05 de FEV.2017.

BRENES, A. C. **História da parturição no Brasil, século XIX**. Cad. Saúde Pública vol.7 no.2 Rio de Janeiro Abr/Jun 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em 05 de FEV.2017.

CARVALHO, E.M.P.; GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G. **Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento**. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(6):890-898. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt\\_0080-6234-reeusp-49-06-0890.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0890.pdf). Acesso em 05 de FEV.2017.

CASSIANO, A.C.M; CARLUCCI, E.M.S.; GOMES, C.F.; BENNEMANN, R.M. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde**. Revista do Serviço Público Brasília 65 (2): 227-244 abr/jun 2014. Disponível em: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>. Acesso em 15 de JAN.2017.

CERVO, Amado Luiz. Metodologia Científica / Amado Luiz Cervo, Pedro Alcino Bervian, Roberto da Silva. – 6. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Maternidade Marly Sarney**. Disponível em:

[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Conjunto.asp?VCo\\_Unidade=2111302309254](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=2111302309254).  
Acessado em 18 SET. 2015.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. **Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto**. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 660-8, dez. 2010. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>>. Acesso em: 02 AGO. 2014. doi:10.5216/ree.v12i4.7056.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento**. Texto Contexto Enferm. 2006; 15 (1): 107-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>. Acesso em 17 de JAN.2017.

Haidar, F.H.; OLIVEIRA, U.F.; NASCIMENTO, L.F.C. **Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):1025-29, jul-ago, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000400037](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400037), Acesso em 21 AGO. 2015.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MILBRATH, V.M.; AMESTOY, S.C.; SOARES; D.C.; SIQUEIRA, H.C.H. **Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição**. Esc. Anna Nery (impr.); jul-set; 14(3): 462-467; 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a05.pdf>. Acesso em 17 de JAN.2017.

MOREIRA, Karla de Abreu Peixoto; et al. **O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização**. Cogitare Enfermagem. 2009;14(4):720-8. Disponível em: <file:///C:/Users/Livre/Desktop/16389-56852-3-PB.pdf>. Acessado em 02 FEV. 2015.

PAIVA, E. M. F. **Não adesão das gestantes às ações de assistência ao pré-natal junto à equipe de saúde da família Vila Pereira**. Trabalho de Conclusão de Curso

(Pós-graduação). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / FIOCRUZ, Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2011.

PIMENTA, L.F. **Cultura no processo de parturição: contribuições para a Enfermagem / Lizandra Flores Pimenta.** Dissertação (mestrado), Centro de Ciências da Saúde, Programa Pós-graduação em Enfermagem, RS, 2012. Disponível em: [http://cascavel.ufsm.br/tede/tde\\_arquivos/33/TDE-2012-12-10T092027Z-3892/Publico/PIMENTA,%20LIZANDRA%20FLORES.pdf](http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_arquivos/33/TDE-2012-12-10T092027Z-3892/Publico/PIMENTA,%20LIZANDRA%20FLORES.pdf). Acesso em 15 de Jan.2017.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A.C. **Parto humanizado: influências no segmento saúde.** O Mundo da Saúde. 2009; 33(1):80-88. Disponível em: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/66/80a88.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf). Acessado em 06 SET. 2014.

REZENDE RJ, MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia Fundamental.** Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2008.

RODRIGUES, Dafne Paiva; et al. **Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica.** Revista de Enfermagem UERJ, 2006; 14(2):232-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a13.pdf>. Acessado em 04 AGO. 2014.

SACRAMENTO, A.N.; NASCIMENTO, ER. **Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça.** Revista da Escola de Enfermagem USP 2011; 45(5):1142-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a16.pdf>. Acesso em 21 de AGO. 2015.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Saúde Soc. 2008; 17 (3): 138-51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902008000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 17 de JAN.2017.

# APÊNDICES

APÊNDICE A - instrumento para coleta de dados  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM  
 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE, ENFERMAGEM E CUIDADO

**Título da pesquisa: O SIGNIFICADO DO CUIDADO NO PROCESSO DE  
 PARTURIÇÃO NA VOZ DE QUEM É CUIDADO**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Caracterização da participante:**

1.1. Nome: \_\_\_\_\_ 1.2. Idade: \_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

1.3. Estado civil: ( ) casado ( ) união estável ( ) solteira ( ) outros: \_\_\_\_\_

1.6. Escolaridade:

( ) analfabeto

( ) semi-analfabeto

( ) primeiro grau incompleto

( ) primeiro grau completo

( ) segundo grau incompleto

( ) segundo grau completo

( ) terceiro grau incompleto

( ) terceiro grau completo

1.4. Profissão: \_\_\_\_\_

1.5. Renda: ( ) <1 salário ( ) 1 a 2 salários ( ) >1 salário

1.6. Quanto ao parto: Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_

1.7. Quantos filhos pariu nesta maternidade: \_\_\_\_\_

1.8. Fez pré-natal nesta gravidez? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

Quantas consultas de pré-natal? \_\_\_\_\_

**2. Questões norteadoras da pesquisa:**

a) O que significa para você o cuidado que está sendo realizado pelos profissionais de saúde desde a sua chegada aqui nesta maternidade?

b) Você reconhece e sabe diferenciar os profissionais que lhe prestam cuidado?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE, ENFERMAGEM E CUIDADO

### **Título da pesquisa: O SIGNIFICADO DO CUIDADO NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NA VOZ DE QUEM É CUIDADO**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidado”, que tem por objetivo compreender o significado do cuidado para a mulher durante o processo de parturição e verificar se a mulher que está em processo de parturição reconhece o profissional de saúde que lhe presta cuidados. Terá como finalidade a dissertação de mestrado de Simone Losekann Pereira Sampaio, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Lena Maria Barros Fonseca. Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas por mim, pesquisadora, durante a entrevista, a qual terá como auxílio um gravador de voz. Após, as suas informações gravadas serão transcritas por mim, de maneira a resguardar a veracidade dos dados. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

É importante que você compreenda que é assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode perguntar qualquer coisa sobre a pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Se você não quiser participar, poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento.

Comunico que a sua participação na entrevista não representará riscos às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre seu cotidiano e suas vivências. Contudo, poderá haver um benefício no que se refere à melhor qualidade das práticas do cuidar prestadas pela enfermeira obstetra e demais integrantes da equipe de saúde. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual importância. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup>. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones 3272-9706 ou 9907-3147. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone 2109-1250.

Li ou alguém leu para mim este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “o significado do cuidado no processo de partu3ição na voz de quem é cuidada”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Simone Losekann Pereira Sampaio  
Pesquisador responsável

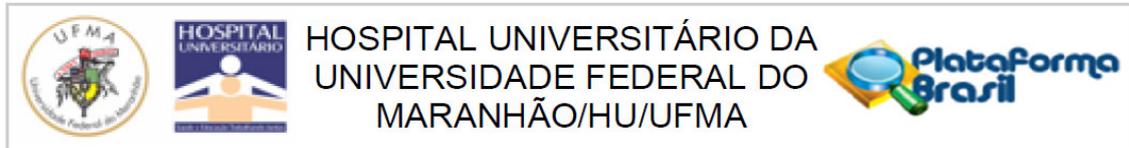
---

Nome completo da participante

---

Assinatura da participante

APENDICE C



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O significado do cuidado no processo de parturição na voz de quem é cuidado

**Pesquisador:** Lena Maria Barros Fonsêca

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 28979714.0.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 641.772

**Data da Relatoria:** 11/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentada no Interacionismo Simbólico. O pesquisador nos esclarece que o Ministério da Saúde vem continuamente propondo medidas com vistas à garantia de uma assistência com qualidade que atenda além dos aspectos fisiológicos e patológicos, os aspectos emocionais, psicológicos e culturais no ciclo gravídico-puerperal, com intuito de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério. A parturiente passa a ser entendida como um ser ativo no referido processo, sendo conduzida para uma assistência mais humanizada. Diante deste contexto, faz-se necessário construir um novo olhar para a saúde da mulher, no sentido de compreendê-la na sua integralidade socioeconômica, cultural, física e estabelecer novas bases de relacionamento entre os diversos sujeitos envolvidos na produção da saúde, apontando para o desenvolvimento da humanização da atenção ao pré-natal, parto e nascimento. Será realizada no período de abril até junho de 2014. Os participantes correspondem às mulheres com idade mínima de 18 anos, que passaram pelo processo de parturição no momento da coleta dos dados, mediante entrevista gravada. Não participaram do estudo, mulheres com distúrbios de comportamento, encaminhadas à UTI, pós-curetagem uterina e pós-parto de feto natimorto. A coleta se dará da seguinte forma: após a seleção dos sujeitos da pesquisa, serão abordados individualmente no Alojamento Conjunto e antes de iniciar a coleta de

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 641.772

dados serão esclarecidos os objetivos, benefícios e possíveis riscos que possam advir da pesquisa. Após aceitarem a participar, serão convidadas a se deslocar para uma sala reservada, para que a mulher se sinta mais segura e a vontade para responder a entrevista, orientando-a a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo às questões éticas do estudo. Para a coleta dos dados será utilizado como instrumento, um roteiro de pesquisa semiestruturado constituído de duas partes. A primeira abordará a caracterização dos sujeitos e a segunda, as questões norteadoras referentes ao significado do cuidado. O estudo será desenvolvido em Maternidade Pública do Estado, referência no atendimento a gravidez de alto risco em São Luís/MA. Os dados colhidos serão analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, precisamente, de análise temática. Financiamento próprio.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender o significado atribuído pela mulher ao cuidado prestado no processo de parturição. Verificar a ocorrência do reconhecimento do profissional de saúde, prestador de cuidado, pela mulher em processo de parturição.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Segundo o pesquisador, os riscos serão mínimos e para que estes sejam sanados serão mantidas em sigilo, todas as informações obtidas nas entrevistas serão utilizadas somente para esse fim científico.

Benefícios:

Informa que servirá para a compreensão mais detalhada do cuidado prestado às mulheres durante o processo de parturição

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A investigação proposta possui notável valor científico haja vista apresentar-se como instrumento capaz de avaliar os atendimentos prestados às mulheres em fase puerperal em Unidade de Saúde da municipalidade, contribuindo para o melhoramento da qualidade do serviço prestados às usuárias neste delicado momento referente ao ciclo gravídico-puerperal.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos 'Termos de apresentação obrigatórias':

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 641.772

folha de rosto com os campos essenciais devidamente preenchidos, cronograma atualizado de acordo com as normas da CONEP; Carta de anuência de participação no projeto devidamente assinado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo todas as exigências da RES MS Nº 466/2012; Termo de Compromisso expedido pela Coordenação de Estágio e Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde ao Comitê de Ética informando que a autorização para o início da pesquisa na Unidade de Saúde ficará condicionada a comprovação da aprovação pelo CEP.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo cumpre com todas as exigências da Resolução MS nº 466/2012 e suas complementares

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembléia do CEP.

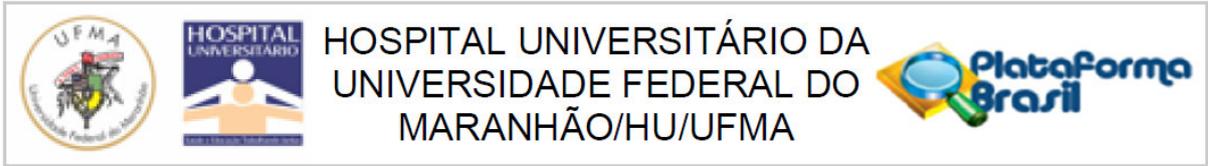
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 09 de Maio de 2014

---

**Assinador por:**  
**Dorlene Maria Cardoso de Aquino**  
**(Coordenador)**

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>Fax:</b> (98)2109-1223
	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 641.772