



**FACULDADE PARAENSE DE ENSINO**

IVETE ANDRADE CARVALHO

NATHALIA SILVA TAVARES

ROBERTA KELLY AMADOR RAMOS

**CENTRO DE PARTO NORMAL:** Atenção às boas práticas do nascimento na percepção da puérpera.

Belém

2017

IVETE ANDRADE CARVALHO  
NATHALIA SILVA TAVARES  
ROBERTA KELLY AMADOR RAMOS

**CENTRO DE PARTO NORMAL:** Atenção às boas práticas do nascimento na percepção da puérpera.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Graduação em Enfermagem da  
Faculdade Paraense de Ensino,  
como requisito avaliativo para  
obtenção de Grau de Enfermeiro  
sob a Orientação pela MSc.  
ELYADE NELLY PIRES ROCHA  
CAMACHO

Belém  
2017

Biblioteca de Graduação – Faculdade Paraense de Ensino

---

C331c Carvalho, Ivete Andrade.

Centro de parto normal: atenção às boas práticas do nascimento na percepção da puérpera . / Ivete Andrade Carvalho, Nathalia Silva Tavares, Roberta Kelly Amador Ramos. \_ Belém, 2017.

56 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Paraense de Ensino, Belém, 2017.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Msc. Elyade Nelly Pires Rocha Camacho.

1. Enfermagem. 2. Humanização. 3. Parto. I. Título.

CDU 616.083

---

IVETE ANDRADE CARVALHO  
NATHALIA SILVA TAVARES  
ROBERTA KELLY AMADOR RAMOS

**CENTRO DE PARTO NORMAL:** Atenção as boas práticas do nascimento na percepção da puérpera.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Paraense de Ensino, como requisito avaliativo para obtenção de Grau de Enfermeiro sob a Orientação pela MSc. ELYADE NELLY PIRES ROCHA CAMACHO

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

MSc. Elyade Nelly Pires Rocha Camacho  
Orientador:

---

Membro da Banca

---

Membro da Banca

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

À professora Milena Santos e a coordenadora do curso Eliane Lobato, pelo convívio, pelo apoio e pela compreensão.

À Prof<sup>a</sup>. Ms. Elyade Camacho pelo paciente trabalho de revisão da redação.

Agradecemos as nossas famílias, Pelo incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Meus agradecimentos aos amigos, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Agradeço ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobrir e o que fazer, pois através disto consegui concluir a minha monografia.

***“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo, tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”!***

(Florence Nightingale)

## RESUMO

Os Centros de Parto Normal destinam-se a assistir o parto normal sem distorção inserido no sistema local de saúde de maneira intra ou extra-hospitalar; quando localizado fora do ambiente hospitalar é chamado de casa de parto. O objetivo deste estudo foi Descrever a percepção da puérpera acerca do parto humanizado, vivenciado no centro do parto normal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva. A Pesquisa foi realizada em um Centro de Parto Normal do Município de Castanhal-Pará. O público alvo foram mulheres de 22 a 35 anos Considerando que este estudo buscou descrever a percepção da puérpera acerca do parto humanizado em um CNP, constatou-se que as mulheres usuárias do CPN de Castanhal são privilegiadas, quando se leva em conta algumas características sociodemográficas, como o estado civil a presença de esposo/companheiro e idade. No entanto, pôde-se inferir que não há um perfil padrão de usuárias atendidas no Centro devido à heterogeneidade do grupo.

**Palavras-chave:** Humanização, Mulher, Parto

## ABSTRACT

Normal Delivery Centers are intended to assist normal delivery without distortion inserted into the local health system intra or extra-hospital; when located outside the hospital environment is called the birthplace. The purpose of this study was to describe the perception of the puerperium about the humanized delivery, experienced at the center of normal delivery. This is a descriptive qualitative research. The Survey was carried out in a Normal Birth Center of the Municipality of Castanhal-Pará. The target group was women aged 22-35 years. Considering that this study sought to describe the perception of the puerperium about humanized delivery in a CNP, it was verified that the women who use the Castanhal ANC are privileged, when one takes into account some sociodemographic characteristics, as the marital status the presence of spouse / partner and age. However, it could be inferred that there is no standard profile of users served at the Center due to the heterogeneity of the group.

**Keywords:** Humanization, Woman, Childbirth

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Partos Cesáreos no Brasil.....	17
Tabela 2 - Distribuição das puérperas em relação aos dados obstétricos.....	29
Tabela 3- Distribuição das puérperas de acordo com a idade e estado civil.....	30

## **LISTA DE SIGLAS**

ANS	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
CPN	CENTRO DE PARTO NORMAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PHPN	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
RC	REDE CEGONHA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 Sobre o tema.....	10
1.2 Justificativa.....	11
1.3 Problemática .....	12
1.4 Questões norteadora.....	13
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral .....	14
2.2 Objetivo específico .....	14
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
3.1 Tipos de parto .....	15
3.2 Parto Normal Natural e Ativo.....	16
3.3 Cesariana.....	16
3.4 Parto fórceps ou parto por vácuo extrator .....	18
3.5 Parto na água.....	18
3.6 Parto de cócoras .....	19
3.7 Parto humanizado .....	20
3.8 Programa de humanização no pré-natal e nascimento -PHPN .....	21
3.9 Centro de parto normal.....	23
3.10 Rede cegonha.....	24
3.11 Boas práticas de atenção ao nascimento.....	27
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
4.1 Tipo de estudo.....	28
4.2 População do estudo.....	28
4.3 Local e período.....	29
4.4 Levantamento de dados e procedimentos .....	28
4.5 Técnica de Análise de Dados.....	30
4.6 Ética em pesquisa .....	31
4.7 Riscos e benefícios .....	32
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
5.1 Razões para a procura ao centro de parto normal .....	35

5.2 Assistência de enfermeiro no atendimento prestado x atendimento no centro de parto normal .....	36
5.4 Motivos pelo qual optaram pelo centro de parto normal.....	38
5.5 Benefícios do parto normal.....	39
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APENDICE A – Termo de Compromisso do Aluno/Pesquisador .....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE B- Carta de Aceite do Orientador .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO B – TCLE –Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....</b>	<b>56</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.2 Sobre o Tema

Historicamente, o nascimento de uma vida é um evento natural que impulsiona a dinâmica populacional humana há milhões de anos e revela a marcante experiência da maternidade (DA COSTA et al., 2015). A forma de concepção de vida mais antiga é o parto vaginal, que é entendido como um mecanismo fisiológico não exclusivo da espécie humana (PARENTE et al., 2011).

Outro mecanismo de parto, a cesariana, entendido como a “retirada do feto via abdominal”, foi atestada legalmente por um conjunto de leis romanas e hebraicas datadas em períodos que compreende antes e depois da era cristã (DA COSTA, 2015 p. 14 apud PARENTE et al, 2011).

Em virtude das inúmeras ocorrências de partos, em que as mulheres ficavam imobilizadas, separadas de seus familiares e pertences, e sendo frequentemente submetida à chamada, “cascata de procedimentos”, foi que surgiram os movimentos sociais em prol de uma assistência de qualidade (MOLD & STEIN, 1986).

Os movimentos foram batizados com vários nomes, como Parto sem dor na Europa, Parto Natural do movimento Hipie, e no Brasil, foi chamado de Parto Humanizado. Dando início ao movimento pela mudança nas práticas obstétricas no mundo todo (RORTY, 1993).

O Movimento da humanização evidencia a luta contra todas as circunstâncias de agressão e sujeição em que se dá subsídio, as condições sub-humanas em que são submetidas tanto mulheres quanto crianças no momento do parto. Desta forma procura-se que a mulher vista como atriz principal de seu próprio parto seja vista com assistência de uma equipe multidisciplinar, contendo obstetra, enfermeira, doula, fisioterapeuta, pediatra e anestesista (XAVIER, 2008).

Ao falar das conquistas podemos destacar o resgate da mulher em protagonizar o seu próprio parto. E que com a busca pela humanização do atendimento na área obstétrica, visando a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, foi lançado o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, no ano de 1996, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da saúde do Brasil (MS). (OMS, 1996).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1983 tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher por ter

sido ele pioneiro no cenário mundial, ao propor inclusão da saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral da saúde da mulher, não mais utilizando ações isoladas de planejamento familiar; desta forma implica no rompimento da visão tradicional acerca deste tema, mas, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava as mulheres nas questões relativas a reprodução (OSIS,1994).

Na década de 1990 deu início a grandes Desafios para a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes no Brasil, contudo esse movimento começou quando profissionais de saúde juntamente com usuárias pela transformação na assistência ao parto tornando mais difundido e incisivo. (RIESCO, 2009)

Foram formuladas as políticas públicas para reduzir as taxas de mortalidade em decorrência das cesarianas, mudança nas práticas obstétricas e melhora da assistência ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde; uma das medidas foi o atendimento ao parto em ambiente extra-hospitalar, criando assim o Centro De Parto Normal de acordo com a portaria nº985/1999 (SCHNECK,2012).

Os Centros de Parto Normal destinam-se a assistir o parto normal sem distorcia inserido no sistema local de saúde de maneira intra ou extra-hospitalar; quando localizado fora do ambiente hospitalar é chamado de casa de parto. Esse novo tipo de assistência tem apontado grandes níveis de satisfação da mulher e família, além da redução de intervenções desnecessárias (SCHNECK, 2012).

## 1.2 Justificativa

Nos últimos anos houve um grande incentivo do Ministério da Saúde frente ao parto como um evento fisiológico, afim de reduzir os índices alarmantes da mortalidade materna, e frente a este contexto a Organização Mundial de Saúde também incentiva e destaca a importância do local de nascimento, e que este possa ocorrer onde a mulher se sinta segura e bem assistidas. Afim de contribuir com isso foi construído o primeiro Centro de parto normal da região norte, localizada no município de Castanhal-Pará.

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu a partir das vivencias durante o curso tanto em aula teóricas como em aula prática com o intuito de desmitificar a humanização no parto, haja vista aos poucos estudos acerca do centro de parto normal, parto humanizado, poucas publicações, da percepção da puérpera, descreve a relevância científica, acadêmica e para a sociedade de se realizar essa pesquisa,

descrever as contribuições dessa pesquisa qualitativa onde descrevemos para que o nascimento possa ocorrer de forma segura, a mulher deve se assegurar nas boas práticas.

É importante observar e vivenciar os relatos de mulheres que passaram pela experiência do parto humanizado; observar as técnicas com o mínimo de procedimentos intervencionistas, saber se realmente a humanização está presente nesses centros de parto; e se os profissionais agem com atenção e respeito para o bem estar físico e emocional dessas mulheres, fornecendo-lhes apoio no momento de dor (MADEIRA, 2002)

Saber quais as sensações antes, durante e depois do parto, o que acontece com o corpo e com a mente, o acompanhamento dos familiares no momento do nascimento.

Saber como cada mulher se comportou diante das dores e dos incômodos nas últimas horas que antecedem o parto.

### 1.3 Problemática

Nos últimos anos foram identificados índices agravantes de cesariana, assim como números elevados de morte maternas e neonatais. Com o intuito de reduzir esses índices, em 2011 se desenvolveu o Programa Rede Cegonha (SILVA, 2015). Com a recente criação se oportunizou a construção dos centros de parto normal.

Contudo pouco têm se evidenciado a respeito dessas conquistas, em especial na região do Pará.

Entendemos que um dos grandes problemas em países em desenvolvimento é a concentração de uma grande proporção de mulheres desassistidas no momento do trabalho de parto, o que gera um grave problema de saúde pública. No Brasil, entretanto, não podemos concretamente relatar tal fato pois, os mecanismos de registro referente a mortalidade materna não é eficaz. E, ainda, a qualificação de profissionais e que estejam ou sejam sensíveis a causa para que possam desempenhar um trabalho de qualidade (KUDLOWIEZ, 2013).

A partir deste contexto é imprescindível levantar o que se vem trabalhando acerca da humanização dos partos dentro dos centros de parto normal, no entanto, a partir de um novo ângulo por meio dos usuários desse sistema, e buscar identificar quais as conquistas da humanização ao parto é perceptível pela puérpera.

#### 1.4 Questões Norteadoras

Frente às conquistas alcançadas nos últimos anos, a criação de novas políticas de atenção ao nascimento, e todos os desafios que permeiam a assistência ao parto de forma humanizada, foi que emergiram as seguintes questões norteadoras:

- ✓ **Quais as boas práticas de atenção ao nascimento que as puérperas vivenciam no centro de parto normal?**
- ✓ **Como a puérpera percebe o papel do enfermeiro em todo esse processo?**

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Descrever a percepção da puérpera acerca do parto humanizado, vivenciado no centro do parto normal.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sócio- demográfico da mulher atendida no Centro de Parto Normal (CPN);
- Descrever a percepção sobre o parto vivenciado pelos enfermeiros;
- Caracterizar as boas prática vivenciadas pelas puérperas que estão inseridas no Centro de Parto Normal (CPN);

### 3. REVISÃO LITERARIA

#### 3.1 Tipos de Parto

A obstetrícia teve sua modernização a partir da obra de Deventer, chamada *Novum Lumen Obstetricantibus* com o ano de sua publicação em 1700, neste tempo deu-se início a cirurgia tutelada, onde os aspectos fisiopatológicos do parto passaram a ser valorizados, excluindo-se os aspectos psíquicos e culturais que envolvem o momento. Desta forma, o atendimento foi modificado, tanto para a gestação, como para o parto, entendendo que estes, são processos de cunho patológico e medicalizado (DELASCIO e GUARIENTO, 1981).

Após a segunda guerra mundial, o parto no âmbito hospitalar foi se difundindo, sendo incorporadas pelos profissionais, como os médicos, novas técnicas e conhecimentos relativos ao ato de parir, de forma a preservar tanto a mãe, quanto o feto da morbidade e mortalidade (TANAKA, 1995).

Sendo assim, a intervenção proporcionou a redução dos riscos para a parturiente e para feto – contudo, a excessiva intervenção, como ocorreu, era dispensável – apesar da redução dos riscos, o parto no ambiente hospitalar é menos acolhedor, considerado até “desumano” (DE OLIVEIRA et al. 2002).

O parto é um momento único na vida de qualquer mulher, assim como as sensações adversas vivenciadas na gestação, seja pela felicidade, pelas incertezas, o momento é especial, pois, para muitas mulheres, o parto é recordado minuciosamente, bem como, as emoções com o nascimento da criança, muitas vezes sem conseguir explicar ou compara tal sentimento (TEDESCO et al, 2004). Para BONOVE e PERNOLL a gravidez é:

Uma condição materna em que a mulher tem um feto em desenvolvimento no seu corpo. No período entre a fecundação e a 8ª semana de gravidez, o conceito humano é chamado embrião. A partir da 8ª semana até o nascimento chama-se feto. A duração da gestação baseia-se na idade gestacional e esta é expressa em semanas completas (BONOVE e PERNOLL, 2005, p. 39).

Ao final da gravidez, então, se inicia o momento do parto, que segundo ARCHIE e BISWAS (2005, p. 45) é “mecanismo de expulsão do feto e da placenta”, e este desfecho pode ocorrer por via vaginal ou cesariana.

### 3.2 Parto Normal Natural ou Ativo

Este parto ocorre quando o nascimento do bebe ocorre pela vagina, nele, há as contrações uterinas, que compreendem os estágios: da dilatação, expulsão e o nascimento e a placenta expelida (ARCHIE e BISWAS, 2005).

Neste tipo de parto, a mulher é a protagonista de seu parto e de todas as etapas, onde em muitos hospitais são utilizadas técnicas para acalmar a mãe durante o momento e, após o parto, o período de recuperação é imediato, assim como também, o índice de infecções e complicações para o bebe é bem menor (CANGURU, 2004). Como ratifica Queiroz et al.:

O parto normal é o método natural de nascer. A sua recuperação é imediata, pois, logo após o nascimento a mulher poderá levantar-se e cuidar de seu filho. As complicações próprias do parto normal são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico. A amamentação do recém-nascido se torna mais fácil e mais saudável a ele, a infecção hospitalar é muito menos frequente no parto normal (QUEIROZ et al. 2005).

As vantagens deste tipo de parto se estendem até as questões financeiras, o custo pelo SUS (Sistema Único de Saúde) é menor comparado aos hospitais privados, além das probabilidades de problemas respiratórios e óbitos das mães serem menores, diferentemente do parto cesáreo visto na subseção seguinte (COSTA, 2008).

No parto natural normal ou ativo não há intervenções cirúrgicas ou o uso de medicamentos, como ocorre no cesáreo – anestesia de peridural ou ráqui – e no normal – corte do períneo. Nele, a vontade e as necessidades da mãe são respeitadas, e mesmo que seja realizado no lar precisa ser mediante o acompanhamento de um profissional do âmbito da saúde, pois, os riscos também podem ocorrer (BRASIL, 2015).

### 3.3 Cesariana

Descrita por Ainbinder (2005, p. 32) “refere-se ao nascimento do feto e a remoção da placenta e suas membranas por meio de uma incisão nas paredes abdominais e uterinas”, pode ser eletivo, como ainda referência Ainbinder “é aquele

realizado antes do início do trabalho de parto, ou antes, da ocorrência de qualquer complicação que poderia constituir uma indicação urgente”.

Desde 2004 regras foram estabelecidas e realizadas ações pela Agência Nacional de Saúde ANS, para a redução da taxa de Cesarianas no país, como: sensibilização do setor, promoção e participação em eventos para discussão do tema com especialistas nacionais e internacionais; elaboração de materiais educativos e disseminação de experiências bem-sucedidas para redução de cesarianas e melhor assistência materno-neonatal dentre outras regras propostas (ANS, 2015).

Tendo em vista o número de complicações e para a redução das cesáreas, a Agência Nacional de Saúde preconizou novas regras para a realização de partos no país em parceria com Ministério da Saúde promovendo a criação do Programa de Humanização e Nascimento -PNHN (CORODOVA, 2008).

Este incentivo decorre das elevadas taxas de cesáreas, 84% no sistema privado e 40% no SUS, sendo que o recomendado é 15% pela OMS (Organização Mundial da Saúde) (FERNANDES, 2007).

O governo tem como objetivo com isto:

É reduzir o número de cesáreas e para isso, a principal medida é reforçar a importância dos partogramas, documentos que detalham como foi o parto. A partir dele é possível saber quais eventuais complicações justificariam (ou não) as decisões tomadas pela equipe médica e obstétrica, e se as cesarianas efetuadas seriam de fato necessárias (ANS, 2015).

**Tabela 1:** Partos cesáreos no Brasil.

	<b>Nº de nascidos vivos</b>	<b>% de partos cesarianos</b>
<b>BRASIL</b>	<b>2.905.789</b>	<b>55,60%</b>
	<b>Nº de parto realizados</b>	<b>% de partos cesarianos</b>
<b>Saúde Suplementar</b>	<b>502.812</b>	<b>84,60%</b>
	<b>Nº de partos realizados</b>	<b>% de partos cesarianos</b>
<b>SUS</b>	<b>1.877.505</b>	<b>40%</b>

Fonte: ANS (2015)

Para a ANS (2015) as taxas elevadas de partos cesáreos decorrem de vários fatores, dentre eles principalmente os culturais, estruturais e financeiros.

### 3.4 Parto a Fórceps ou Parto por Vácuo Extrator

Este tipo de parto ocorre via vaginal, onde é utilizado um instrumento, uma espécie de pinça obstétrica, para conduzir o bebê pelo trajeto, contudo, só realizado em casos de emergência, sendo indicado, quando “há falta de rotação no pólo cefálico; sofrimento fetal; prematuridade; período expulsivo prolongado; cardiopatias, eclampsia; cicatriz uterina anterior”, para isto, ainda segundo os autores, os profissionais de saúde devem atentar-se para o tipo de fórcepe solicitado, como o Simpson, Piper ou Kielland, cabe ressaltar que, a sua utilização ocasionam marcas e trauma (DIAS 2005).

### 3.5 Parto na Água

A utilização da água durante o trabalho de parto e o parto não é algo novo; há registros e lendas do seu emprego em muitas civilizações (ODENT, 2004, apud, SCHEIDT, 2016). A documentação do primeiro parto na água tem registro já em 1803, na França (CHURCH, 1989, apud, SCHEIDT, 2016) porém essa modalidade de parto passou a ser mais utilizada somente a partir da década de 1980, quando Michel Odent introduziu uma banheira em uma maternidade (SCHEIDT, 2016)

Existem inúmeras pesquisas internacionais sobre o parto na água, que apresentam os resultados maternos e neonatais (YOUNG, 2013, MENAKAYA, 2013) do atendimento em maternidades (MEYER, 2010) em casas de parto (DAHLENG, 2013) e no domicílio, sendo a maioria dos partos na água atendidos por parteiras. Na Austrália, as mulheres podem optar em parir na água nesses três locais, tanto no setor público como no privado. Entretanto, no privado, elas são atendidas somente por médico (THOMPSON, 2012)

Alguns dos benefícios do parto na água são: aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento; maior mobilidade da mulher; diminuição da percepção dolorosa; contrações uterinas mais eficientes, o que acelera a dilatação cervical; redução do uso de analgesia, das intervenções no trabalho de parto, da

realização de cesariana, traumas perineais e de experiências traumáticas de parto ( MACHEYM, 2001, apud, SCHEIDT, 2016)

Na realidade brasileira, não se sabe ao certo quais instituições de saúde oferecem à mulher a possibilidade de parir na água, sendo que não há banheira instalada na maioria dos centros obstétricos; (GAYESKIME,2010) qual o número de nascimentos nessa modalidade de assistência; e quais os resultados maternos e neonatais. As publicações sobre o tema apresentam a frequência dos partos na água de alguns Centros de Parto Normal (CPNs), nos quais o percentual está entre 10 e 15,3%,11-13 e no domicílio, sendo que, nesse local, o percentual chega a 72,0%.<sup>14</sup> Em 2004, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a incentivar o parto normal, como também, em 2008, publicou o projeto “Parto Normal está no meu Plano”, visando informar à população sobre os riscos relacionados às cesaria nas desnecessárias e sobre os benefícios do parto normal. No entanto, não fez referência à assistência ao parto na água (ANS, 2009)

Este parto é realizado em uma banheira com água na temperatura de 36°C, com a luminosidade baixa, com a possibilidade de o parceiro ficar dentro da banheira com a mãe, as vantagens deste parto é o índice de acidente é bem baixo, sendo considerado seguro (DIAS 2005).

### 3.6 Parto de Cócoras

É similar ao parto normal, contudo, difere pela posição que é agachada, onde apoia os ombros e braços no parceiro, em frente a um espelho para acompanhar o parto, cabem ressaltar que, o acompanhante é de fundamental importância tanto para a questão física, como psicológica. Esta posição, ainda, traz várias vantagens, como, a rapidez no parto (BOFF, 2002).

Segundo Oliveira et al (2002) a informação sobre partos alternativos é fundamental: da posição de cócoras, à moda dos índios; na água ou de lado o conhecer os tipos e posições do parto, transferem para cada mulher a decisão de escolher a melhor posição e a melhor maneira de ter o seu bebê (DA SILVEIRA,2016)

Parto de cócoras: é um parto de origem indígena, pois as índias tinham seus filhos de cócoras sendo auxiliadas pela ação da gravidade. Neste tipo de parto nem sempre é utilizado a episiotomia, pois há um favorecimento da musculatura vaginal

que se abre para todos os lados ao invés de abrir-se para um lado só como acontece no parto tradicional. (FIGUEIREDO, 2003 apud DA SILVEIRA, 2016).

### 3.7 Parto Humanizado

É o respeito a vontade da mulher, sua individualidade, sua cultura, crenças e valores, pois, o uso excessivo de tecnologia, como na cesárea, acaba desumanizando a assistência ao parto, em outras palavras “significa o respeito dado para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas, dimensões espirituais, psicológicas, biológicas e sociais” (DE CASTRO et al., 2005).

A humanização, então, entende como preceitos primordiais acolher e respeitar a vontade da parturiente e de seus entes, de forma que, todo o contexto hospitalar já existente seja modificado, onde essas mudanças se dão tanto no ambiente físico como no social, de forma que a assistência passe a ser humanizada, que a parturiente receba todas as informações do que será realizado, e que somente se em casos indispensáveis seja feita a intervenção obstétrica (DIAS, 2005).

A humanização é representada por um conjunto de iniciativas na qual traz, além da utilização de tecnologias disponíveis, o respeito e o acolhimento ao paciente, desde sua cultura até sua patologia, desta forma podemos dizer que humanizar o parto corresponde à prestação de uma assistência holística, que visa atender o trinômio mãe, pai e filho de uma maneira que respeite o ser humano em todas as suas dimensões, ou seja biológicas, psicológicas e espirituais (CASTRO e CLAPS, 2005, p. 35).

Tendo em vista que, o parto cesáreo tornou-se uma prática recorrente, e em muitos casos mesmo que não seja vontade da parturiente acaba sendo imposto, e isto pode decorrer pela falta de profissionais que humanizem o parto, pelo tempo escasso desses profissionais para acompanhar este tipo de parto, pela desinformação da própria mulher, como também:

“A falta de enfermeiras obstétricas para assistir o parto, a realização da laqueadura tubárea durante a cesariana e questões relacionadas ao pagamento de procedimentos médicos e da analgesia no parto” de acordo com Faúndes e Cecatti (1991, p. 73 apud OLIVEIRA, 2000, p. 668).

Foram necessárias campanhas para que o parto passasse a ser humanizado, onde a obstetrícia apenas auxilie e não interfira no processo de dar à luz.

### 3.8 Programa de Humanização no Pré-Natal E Nascimento –PHPN

Por meio da Portaria-GM nº 569 de 01 de junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) – como citado anteriormente – foi implantado pelo Ministério da Saúde de forma a “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, 2005, p. 5).

O atendimento humanizado tem sido amplamente caracterizado para gestantes e no momento do parto, onde se buscam os profissionais de saúde prestar assistência de qualidade à parturiente, com o intuito de cuidar, englobando o seu contexto familiar e social (AMARAL, 2006 p. 54).

Sendo assim, o princípio deste programa, bem como, a assistência humanizada é:

Assegurar a qualidade prestada no pré-natal, através do envolvimento da mulher, sua família e demais acompanhantes, no processo de gerar e parir, considerando limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas é também em relação à promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo (BRASIL, 2005, p. 6).

As mulheres gestantes criam expectativas mediante as informações que recebem, de como estão disponibilizadas e a acessibilidade, para o PHPN toda a orientação deve ser recebida no pré-natal, no parto e após o nascimento, como um instrumento de grande potencial educativo e disseminador do parto humanizado.

Para se realizar um trabalho de qualidade nesta área, é necessário garantir um avanço no exercício profissional da saúde, no qual envolve médicos, enfermeiros, auxiliares e outros profissionais, numa atividade multidisciplinar, estimulando-os a repensar sua relação com a paciente. Uma atividade de qualidade em humanização deve inspirar o profissional de saúde a investir na relação com a paciente, para que desta forma se possa prestar um cuidado verdadeiramente humanizado (TORNQUIST, 2002. p. 28).

Sendo, este programa torna-se fundamental por não permitir que a mulher se iniba, para que sua vontade seja respeitada, que as informações estejam sempre disponíveis, como também, para a redução dos riscos tanto para a parturiente como para o bebê, trazendo conforto e segurança para ambos e para quem os acompanha, como complementam Dias (2005) “a gestação e o parto são fases marcantes na vida da mulher e sua família, pois, representa a transição de mulher para mãe, portanto não é somente um fenômeno fisiológico, mas também, biopsicossocial”.

A humanização do nascimento fundamenta-se na teoria e prática que a Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (CASTRO, 2012).

A humanização compreende dois aspectos essenciais que são: As unidades de saúde recebera com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido com solidariedade e ética por parte dos profissionais e instituição de saúde criando assim ambiente acolhedor e rompendo paradigmas; o outro tem como base o fim de procedimentos intervencionistas e práticas invasivas que acarretam riscos, e não trazem quaisquer benefícios a mãe e ao recém-nascido (CASTRO, 2012).

Toda gestante tem direito a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, tem o direito de saber a maternidade que será atendida no momento do seu parto, a assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada dentro das normas estabelecidas na prática médica e o recém-nascido tem direito a uma assistência humanizada e segura (MERIGHI, 2007)

O risco e a vulnerabilidade social que são expostas as gestantes e os recém-nascidos foram os grandes motivos que alavancaram esse novo padrão de humanização do nascimento, visto que só crescia os índices de morbimortalidade no Brasil e no mundo (SANTOS, 2016).

Esse novo modelo baseia-se em um modelo ético-político contraposto ao modelo biomédico antigo, sendo que aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo inteiro, todos os anos, vítimas de complicações relacionadas à maternidade, é muito importante salientar que tudo isso pode ser evitado com a realização e acompanhamento do pré-natal (ASSUNÇÃO, 2013).

Esse novo modelo de assistência humanista, prioriza a conexão corpo e mente colocando o paciente como sujeito relacionado a situação, possibilita uma relação profissional e cliente baseada em confiança, o que contribui de maneira significativa na sua assistência (ASSUNÇÃO, 2013).

### 3.9 Centro de Parto Normal

Desde a década passada vem sendo implantado um novo modelo de assistência obstétrica, que foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que humaniza todo o olhar do profissional de saúde para a assistência da parturiente e sua família; são os Centros de Parto Normal. Os centros de parto normal atendem as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme portaria 985/99 (DE SOUZA, 2006).

O centro de parto normal é uma unidade fora do centro cirúrgico obstétrico, onde dispõem de elementos diferenciados para atender a parturiente e seus acompanhantes, permitindo assim que a mãe desenvolva e protagonize seu próprio parto; empregando boas práticas diferenciada dos serviços obstétricos tradicionais (BERGAMASCHI, 2008).

O CPN surgiu com objetivo de incentivar e resgatar o direito da mulher de dar à luz em um local referente ao seu ambiente familiar, garantindo segurança e recursos tecnológicos à mãe e seu filho nos casos de eventuais necessidades (DE SOUZA MACHADO, 2006).

Este modelo ganhou estímulo a partir da década de 80, quando as práticas obstétricas foram questionadas pelo movimento das mulheres no Brasil e no mundo, apresentando propostas para humanizar o atendimento (MACHADO; PRAÇA; 2004).

Contudo foi constatado que na maioria dos países em que o parto encontrava-se com baixo risco para mãe e bebê, o mesmo era realizado por enfermeiras obstétricas e parteiras especializadas na qual tem sua formação voltada para o emocional e sem interferências no processo fisiológico do parto, assim permitindo a mãe o prazer de dar à luz sem interferências; este novo modelo tem como objetivo que a própria mãe estabeleça o plano de assistência ao seu próprio parto juntamente com a equipe que irá lhe atender (MACHADO; PRAÇA; 2004).

É importante também salientar que os papéis se invertem nesse contexto, do médico obstetra para enfermeira obstétrica (Procedimento legitimado pelo Ministério da Saúde) e do centro cirúrgico para sala de parto, casa ou centro de parto normal. (MACHADO; PRAÇA; 2004).

Em relação aos profissionais habilitados para atuar no CPN, a resolução COFEN nº308/2006 estabelece que os CPNs devam possuir no mínimo uma equipe composta por um

enfermeiro obstetra coordenador, um enfermeiro assistencial que tenha especialização em obstetrícia, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância por período de funcionamento, entretanto, a quantidade de profissionais deve estar de acordo à demanda do atendimento (NICARETA; CORTEZ; 2015).

No ambiente hospitalar existem vários obstáculos que dificultam a implantação do parto normal, a equipe que atende a parturiente não aceita a mobilidade da paciente dentro da sala e a mesma não se sente à vontade com os vários tipos de procedimentos pré-estabelecidos pelo médico. Já nos centros de parto normal a parturiente sente-se à vontade para escolher como será seu parto (SILVA, 2014).

Dentre as atribuições dos CPNs, Brasil (1999) estão as atividades educativas voltadas ao preparo da gestante para o trabalho de parto e amamentação; acolhimento e avaliação das gestantes; a presença do acompanhante; avaliação fetal através do partograma e exames complementares; garantia da assistência centrada na parturiente (NICARETA; CORTEZ; 2015).

### 3.10 Rede Cegonha

Diante das novas políticas de atenção ao nascimento e criação de programas referente ao processo de humanização do parto, foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde o Programa Rede Cegonha (RC), por meio da portaria nº1459º de 24 de junho de 2011, o qual descreve medidas para garantir um atendimento adequado, seguro e humanizado pelo SUS. O Programa Rede Cegonha, aponta como objetivo a atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a vinte quatro meses de idade, como também objetiva reduzir a mortalidade materna e infantil, para isso o Rede Cegonha conta com quatro componentes: O Pré-Natal, o Parto, Puerpério e atenção integrada a saúde da criança e sistema logístico (BRASIL, 2011).

A rede cegonha foi criada como uma estratégia para diminuir os índices de mortalidade infantil e materna qualificando os serviços e ações em saúde garantindo e respeitando os direitos humanos, sexuais, reprodutivos de mulheres, homens e adolescentes (CAVALCANTI, 2013).

Em 2011, o MS lançou a *Rede Cegonha* (RC), normatizada pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011). No mesmo ano, a Portaria nº 1.473 do MS instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (BRASIL, 2011).

A RC está inserida na discussão de Rede de Atenção em Saúde (RAS). O objetivo da RAS é promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (BRASIL, 2011).

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a RC parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e um uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) (BRASIL, 2011). Tesser, (2006) define a medicalização como "um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da Biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos".

Esse fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, somado ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, é definido por Diniz (2009) como paradoxo perinatal brasileiro. Isso aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças, a partir de evidências científicas concretas.

O fato de que o consumo de procedimentos não impacta, necessariamente, nos níveis de saúde é reforçado pela questão de que o acesso ao pré-natal é praticamente universal no país, sem, no entanto, apresentar qualidade satisfatória (BRASIL, 2011). O modelo de atenção ao pré-natal tem incorporado crescentes custos gerados pela inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos); porém, a contrapartida dos resultados não tem sido suficiente (OLIVEIRA NETO, 2009).

Segundo o MS (2010), em 2007, o pré-natal alcançou 89% de cobertura, e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). No entanto, as mortes causadas por síndromes hipertensivas e por causas perinatais e a incidência de sífilis congênita evidenciam a necessidade de qualificar o pré-natal. Essas ocorrências permitem refletir que o pré-natal tem se transformado, em grande medida, num ato burocrático. Outra questão importante é que o Brasil continua com elevado número de partos cirúrgicos (cesáreas) em relação aos outros países. Os percentuais revelam que as cesáreas aumentaram de 40%, em 1996, para 46,5% em 2007.

O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da RC resultam de esforços importantes e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil no SUS - como as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (e o Programa de Qualificação das Maternidades) - e de consistentes experiências municipais e estaduais (BRASIL, 2011).

A RC prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento parto (BRASIL, 2011; 2011). As ações estão inseridas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011; 2011).

No processo de mobilização para a RC constam tarefas importantes e desafiadoras para os gestores: fomentar a gestão participativa e democrática; promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e monitoramento da RC, culminando com a construção do Modelo Lógico (ML) para avaliação dos resultados alcançados com a implantação da estratégia (BRASIL, 2011).

### 3.11 Boas Práticas De Atenção Ao Nascimento

A gravidez e o parto é uma experiência humana com forte potencial positivo e também muito especial tanto para a mulher quanto para o homem, envolvendo

também suas famílias, o profissional de saúde tem que colocar em pratica todo seu conhecimento para o bem estar da mulher e do bebê como por exemplo podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer e orientar sobre os procedimentos (BRASIL, 2003).

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal no qual foi baseada em evidencias científicas em mundo todo, essa classificação ficou dividida em quatro categorias A, B, C e D (OMS, 1996).

A categoria A são práticas úteis e que devem ser estimuladas e praticadas; a categoria B são práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, são aquelas praticas que não trazem benefício como por exemplo lavagem uterina rotineira após o parto além de desconfortável é prejudicial; a categoria C são práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com a categoria D práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996).

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Tipo de Estudo

Para elaboração do estudo optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva por entendermos ser esta opção mais apropriado para o tema. A pesquisa qualitativa busca diminuir a distância entre dados e a teoria para então compreender os fenômenos pela sua descrição e interpretação (TEIXEIRA, 2013).

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GERHARDT E SILVEIRA, 2009, P. 32).

Pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição de fatos e fenômenos de determinada realidade, dentre as pesquisas descritivas destaca-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um determinado grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, etc. Exigindo que o investigador busque por uma série de informações sobre o assunto desejado para a elaboração da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987: TEXEIRA, 2013).

### 4.2 População do Estudo

O público alvo foram mulheres de 18 a 35 anos por ser uma idade considerável própria para gestação e que esteja, em trabalho de parto e sendo atendidas no local de estudo. Foram entrevistadas 8 mulheres que foram convidadas a participar deste estudo.

Foram incluídas neste estudo as mulheres maiores de 18 anos e maior que 30 anos, que estavam em puerpério no centro de parto normal de castanhal e que assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Foram excluídas deste estudo todas as mulheres que não estavam em puerpério, e que tinham idade menor que 18

anos ou maiores que 35 anos e as que não assinarem o termo de consentimento livre esclarecido.

#### 4.3 Local e Período do Estudo

A Pesquisa foi realizada no Centro de Parto Normal do Município de Castanhal-Pará. É o único centro do Estado com atendimento gratuito as mulheres grávidas que procuram o serviço por demandas espontâneas tanto da zona urbana e do campo.

O Centro de Parto normal foi inaugurado no dia 30 de junho de 2016. O recurso para a obra veio do programa Rede Cegonha do governo federal. A ideia é incentivar o parto normal, inclusive usando também banheiras para dar a luz aos bebês, uma técnica desenvolvida nos grandes centros.

A coleta de dados foi realizada nos mês de outubro de 2017, nos turnos matutino, vespertino e/ou noturno, respeitando o horário de funcionamento do centro de parto normal de castanhal-pa.

#### 4.4 Levantamento de Dados Procedimentos

Os dados foram registrados em uma ficha de coleta elaborada pelos próprios pesquisadores baseada nos principais questionamentos discutidos na literatura (APÊNDICE B), o qual serviu de base para a formulação dos resultados. Os tópicos a serem registrados são: 01. Aspectos sociais das parturientes (Faixa etária, Sexo, Raça, Procedência, Religião); 02. Perguntas relacionadas ao de conhecimento das mesmas em relação ao parto normal; 03 Como se dá à assistência de enfermagem no parto humanizado.

Inicialmente foram feitas 03 visitas no centro de parto normal, com intuito de observarmos o funcionamento do centro e a melhor forma para poder aplicar o questionário. As visitas se deram da seguinte forma:

No primeiro momento os autores falaram com a direção da Centro de Parto Normal para a apresentação do projeto e possivelmente o aceite da Instituição com carta;

Em um segundo momento apresentar o projeto para a equipe de Enfermagem do Centro de Parto Normal, pois os mesmo foram colaboradores, uma vez que a

aplicação do questionário se deram durante a estadia das mulheres no centro que estarão em pós-parto.

No terceiro momento foram convidadas as mulheres a participar voluntariamente deste estudo, as que se sentirem convidados iremos entregar os TCLES.

Já em um quarto momento recebemos a entrega dos TCLES por parte das mulheres devidamente assinado. Feito isso iniciamos a coleta dos dados com a aplicação dos questionários nos turnos de funcionamento da centro de parto normal na orientação e supervisão dos pesquisadores respeitando sempre a ética e a privacidade dos pesquisados.

#### 4. 5 Técnica de Análise dos Dados

A análise do roteiro foi realizada de acordo com a técnica de análise de conteúdo temático, que envolve a pré-análise do conteúdo dos questionários transcritos na íntegra, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, permitindo assim o surgimento de categorias e subcategorias. Tal referencial aborda uma descoberta de núcleos de sentidos evidenciados a partir dos temas que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo do estudo (BARDIN, 2011).

Diante dessa diversificação e também aproximação terminológica, optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2006), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. (BARDIN, 2006).

A segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro) (LOPES, 2016)

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a

condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

Tendo em vista as diferentes fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (SILVA, 2015), destacam-se como o próprio autor o fez, as dimensões da codificação e categorização que possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências. No que tange à codificação, “corresponde a uma transformação – efectuada (SIC) segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (Bardin, 2006, p. 103 apud SANTOS, 2017).

Após a codificação, segue-se para a categorização, a qual consiste na: classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos ... sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2006, p. 117 apud DA SILVA, 2015).

#### 4.6 Ética em Pesquisa

A coleta dos dados ocorreu após a aprovação do comitê de ética e pesquisa sob o parecer de número 2.347.392 atendendo as exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, cumprindo os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual incorpora sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro princípios Básicos da bioética: Autonomia, não maleficência, beneficência e justiça; assegurando desta forma, o total sigilo e anonimato de todas as pessoas envolvidas neste estudo.

O estudo baseia-se respeitando os aspectos éticos e legais conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes da pesquisa científica envolvendo seres humanos. A pesquisa só foi realizada após ser submetida a Plataforma Brasil e mediante a aprovação do Comitê de Ética e autorização da

secretaria de saúde do município de castanhal-Pará e da direção do Centro de Parto Normal.

#### 4.6 Riscos e Benefícios

Os riscos contidos neste estudo foram inerentes aos participantes. Uma vez realizados com a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (2012), obedecendo às normas de Biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são próximos de zero. Pois, os questionários aplicados terão códigos numéricos sendo possível a identificação de todos os participantes por meio destes, que estarão presente também no TCLE. Poderá ocorrer algum constrangimento por parte de algumas perguntas que compõem o questionário devido o conteúdo abordado. Estes questionários estarão lacrados em envelope e abertos na presença dos pesquisados, ao término da aplicação os questionários serão colocados novamente em envelopes e serão lacrados novamente mantendo o sigilo total dos entrevistados.

Os benefícios esperados constituem em uma importante contribuição para identificar a percepção as boas práticas na atenção ao parto normal e humanizado.

Em relação aos Participantes, após o levantamento será possível saber como se dá à Atenção as boas práticas do nascimento na percepção da puérpera. Estas informações serão encaminhadas ao centro de parto normal para que faça parte do seu planejamento de ações e medidas relacionadas à melhoria da qualidade do atendimento prestado.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados deste estudo provem de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem qualitativa, que teve como objetivo principal, Descrever a percepção da puérpera acerca do parto humanizado, vivenciado no centro do parto normal desta forma foi utilizado como instrumento para coleta dos dados um roteiro de entrevista semiestruturada individualizada com perguntas subjetivas e abertas, que foi aplicado junto a oito puérperas que se encontravam-internadas no Centro de parto normal de Castanhal-PA. Para manter o anonimato das participantes foram utilizados codinomes de pedra preciosas: Ametista;; Diamante; Esmeralda; Jade; ; Rubi; Safira; Topázio; Turquesa.

De maneira abrangente podemos visualizar no Tabela 2 o perfil sociodemográficas das puérperas entrevistadas, evidencia-se que todas as participantes da pesquisa eram maiores de idade, com faixa etária entre 22 e 32 anos.

Tabela 2- Distribuição das puérperas de acordo com a idade e estado civil.

<b>Características</b>	<b>Frequência de Puérperas</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
Entre 20 a 25 Anos	2	25
Entre 25 a 30 Anos	3	37,5
Entre 30 a 35 Anos	3	37,5
<b>Estado Civil</b>		
Casada	4	50
União Estável	2	25
Solteira	2	25

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017

Quanto ao estado civil, duas se diziam solteiras (25%), e duas possuíam união estável (25%) e quatro disseram ser casadas (50%).

Esses dados corroboram com os encontrados em uma pesquisa realizada em 2009, em Salvador, sobre a distribuição das mulheres usuárias dos serviços públicos de pré-natal e parto, onde foi verificado que 79,1% dessas também eram casadas ou

viviam em união consensual e 19,8% eram solteiras (RODRIGUES; DOMINGUES; NASCIMENTO, 2011).

**Tabela 3- Distribuição das puérperas em relação aos dados obstétricos**

Participantes	Gestação	Paridade	Abortamentos	Partos cesáreos
<b>Ametista</b>	01	00	00	00
<b>Diamante</b>	02	01	00	00
<b>Esmeralda</b>	01	00	00	00
<b>Jade</b>	02	01	00	01
<b>Rubi</b>	01	00	00	00
<b>Safira</b>	01	00	00	00
<b>Topázio</b>	01	00	00	00
<b>Turquesa</b>	01	00	00	00

Fonte: Dados da pesquisa 2017

Ao analisarmos os dados obstétricos observamos (tabela 3) que em relação ao número de gestações seis puérperas disseram ser sua primeira gestação (75%), duas ser sua segunda (25%). Quanto ao que se refere ao parto duas puérperas disseram terem tido um parto (25%), seis é o primeiro parto (75%). Oito (100%) puérperas afirmaram nunca terem passado pela experiência de abortamento. Com relação aos partos cesarianos apenas uma relatou ter realizado o procedimento cirúrgico.

Em um estudo de revisão, foi verificado que as mulheres atendidas nos centros de parto no Brasil têm elevada proporção de nulíparas (RIESCO et al, 2009), o que corrobora com os dados encontrados neste estudo

Após a análise das entrevistas foi possível elaborar os seguintes categorias: Razões para a procura ao Centro de Parto Normal; Assistência do Enfermeiro no Atendimento Prestado X Atendimento no Centro de Parto Norma; Motivos pelo qual optaram pelo Centro de Parto Normal; Benefícios do Centro de Parto Normal;

## 5.1 Razões para a procura do centro de Parto Normal

Nesta categoria, as entrevistadas relataram os motivos que as levaram a optar pelo centro de parto normal e que foram desde o conhecimento repassado em palestra como também pela busca de estudos a respeito do centro de parto normal, pode-se também inferir que o medo de episiotomia a incidência de violência e os benefícios do parto normal contribuíram para as entrevistadas optarem a vim ter parto normal como observamos nas falas:

*“Sempre quis ter parto normal, **estudei** sobre o parto normal e na minha primeira gestação como tudo ocorreu bem foi a melhor opção”* (Ametista)

*“Tive conhecimento da casa de parto e como a minha primeira gestação foi parto cesáreo optei em ter parto normal, pois a minha gravidez estava indo tudo bem”* (Diamante)

*“Além de já terem me falado que aqui era melhor decidir pelo parto normal mais pela **recuperação**”* (Esmeralda)

*“Porque é mais **rápido a recuperação**”* (Jade)

*“Conheci através de uma amiga do centro de parto normal e já queria ter normal e na pesquisa o **melhor lugar foi o centro**”* (Rubi)

*“Sempre quis ter parto normal, tenho **medo da Epsiotomia e da incidência de violência durante o parto a falta de respeito com a parturiente**. Queria um parto onde tivesse um tratamento humanizado e respeitado”* (Safira)

*“Além dos benefícios do parto normal e medo da cesárea”* (Topázio)

*“Eu estava fazendo meu pré-natal lá no postinho do milagre, ai elas foram fazer uma palestra lá, ai eu me interessei, achei bem interessante, elas começaram a explicar **que lá é humanizado, lá não cortava** ai com 30 semanas temos que fazer a visita ai eu gostei”* (Turquesa)

Comparativamente, mulheres que planejam ter seus filhos em Centros de Parto têm maior chance de ter parto vaginal espontâneo do que em unidades obstétricas hospitalares (SILVA, 2014). Além disso, a chance de uma mulher ter um parto vaginal

assistido, evoluir para uma cirurgia cesariana e ser feita episiotomia é menor em CPNs (SILVA, 2014).

De acordo com os resultados da ‘Pesquisa Nascer no Brasil’, a preferência da mulher pelo parto normal ou pela cesariana está relacionada a fatores socioeconômicos, paridade, sistema de saúde utilizado (público ou privado) (QUEIROZ, 2017). Em um estudo realizado por Domingues e colaboradores (2014), o medo da dor relatado pelas mulheres é um forte fator para sua decisão; além desse, experiências anteriores negativas, informações recebidas através de familiares ou grupos de afinidade e até mesmo a opinião do profissional também foram aspectos encontrados na influência de sua decisão.

## 5.2 Assistência do Enfermeiro no Atendimento Prestado X Atendimento no Centro de Parto Norma

A excelência no atendimento prestado foi unânime junto às entrevistas, todas relataram com satisfação a assistência prestada pelas enfermeiras como por toda a equipe que compõe o centro de parto normal de Castanhal-PA conforme as falas abaixo.

*“Sim, a equipe foi muito acolhedora aqui é diferente, experimentar foi uma experiência muito diferente, equipe excelente no tratamento, acolhimento em todas as situações na hora do parto é excelente pessoas que apoiam a humanização” (Ametista)*

*“Foi muito diferente da outra gestação, pois o atendimento é de primeiro mundo, todos muito atenciosos e acolhedores, diferente de um hospital onde não existe isso, equipe muito eficiente e preparada para atender a gente” (Diamante)*

*“Maravilhoso, não podia ter melhor opção do que lá quando me mandaram para outro hospital eu chorei pra mim não ter lá, aí eu voltei pro centro de parto normal” (Esmeralda)*

*“Olha a minha experiência aqui foi a melhor possível, indico pras grávidas que conheçam e tive as melhores referências, aqui o atendimento é excelente, pré, pós, então para mim foi o lugar” (Jade)*

*“Muito bom, devido respeitar o tempo da mulher e do beber, sem utilizar intervenções desnecessárias” (Rubi)*

*“Sim muito eficiente, fui muito bem recebida, pela equipe prestativa, meu marido foi meu acompanhante, a equipe toda ficou do meu lado apoiando, fazendo massagens” (Safira)*

*“Sim eu gostei muito, fui bem atendida acolhida, bem orientada, houve toda uma humanização, fui bem tratada” (Topázio)*

*“Sim e muito” (Turquesa)*

*“Olha eles bem atenciosos em nenhum momento eles me deixaram sozinha e nos momentos mais difíceis, bem difíceis elas estavam lá do meu lado” (Turquesa)*

Já foi comprovado que o acolhimento adequado da parturiente gera sentimento de intensa satisfação no que se refere à assistência oferecida. Tal sentimento emerge, sobretudo, da resolução da problemática de cada paciente, o que, muitas vezes, requer a maleabilidade do profissional (JAMAS, 2013). Essa maleabilidade, por sua vez, demanda uma rede de comunicação já estabelecida entre os profissionais envolvidos, propiciando, além do atendimento propriamente dito, o compartilhamento das dúvidas, das aflições e das inseguranças das pacientes (MACEDO, 2011).

A possibilidade de as parturientes expressarem seus sentimentos promove a abertura de novos canais de comunicação entre profissionais e clientes, com reflexos positivos para o relacionamento entre elas, seus acompanhantes e os profissionais (JAMAS, 2013).

Os enfermeiros obstetras comumente exercem essa ampla autonomia em CPN, e suas condutas são valorizadas pelas mulheres, que relatam satisfação com as explicações fornecidas, as orientações, a receptividade, o respeito, a paciência, o carinho e a presença do profissional durante todo o processo (MALHEIROS, 2012).

O enfermeiro desenvolve função primordial no Centro de Parto Normal, visto que ele exercesse diversas funções como obstetra, diretor e ainda presta assistência do Pré-parto, parto e pós-parto. Percebe-se que o acúmulo de atividades acaba sobrecarregando os enfermeiros do centro, entretanto, é perceptível a autonomia deste profissional nesta unidade de atendimento.

A assistência prestada e a forma de relacionamento entre parturiente e profissional de saúde também são detalhes importantes frente à humanização do parto e nascimento. Em um CPN, o acompanhamento constante pelos profissionais gerou nas mulheres maior satisfação, menos solidão e maior segurança (PEREIRA, 2012). O respeito, a paciência e o carinho também foram aspectos valorizados nos resultados deste estudo (GARCIA, 2017).

Em relação aos resultados de estudo sobre o atendimento em CPN, a satisfação da clientela também foi relacionada com o ambiente agradável da instituição em comparação com o hospital; disponibilidade de contar com o acompanhante; presença contínua dos profissionais no ambiente de cuidado; respeito à liberdade de escolha; fornecimento de respostas aos questionamentos; existência de apoio emocional; respeito à fisiologia do parto, entre outros (JAMAS, 2011; DE FIGUEIREDO, 2014).

### 5.3 MOTIVOS PELO QUAL OPTARAM PELO PARTO NORMAL

Nesta seção pode-se inferir a partir das falas das entrevistadas conforme descritas abaixo que os motivos que as levaram a optar pelo parto normal foi a rápida recuperação após o parto normal:

*“Melhor recuperação”* (Esmeralda)

*“Acho que esse incentivo já nos motiva a verificar o porquê e como o meu primeiro parto foi Cesário e não tive uma boa experiência, na verdade eu nem queria que fosse cesariana mesmo do primeiro, infelizmente eu cai na mão de uma médica mercenária, cesarista como a gente acostuma dizer, que prioriza a cessaria”* (Jade)

*“A recuperação que é melhor para o bebê e mais saudável”* (Rubi)

*“Pelo medo, alérgica a medicações”* (Safira)

*“Eu estava na dúvida, porque todo mundo dizia, ai é uma dor, uma dor, ai quando chegaram lá que começaram a explicar a situação como é, ai eu, decidir lá na palestra,*

*ai quando fomos fazer a visita lá, no centro, ai eu disse quero ficar aqui mesmo”*  
(Turquesa)

A indicação do serviço para outras pessoas pode ser um parâmetro complementar na avaliação da qualidade da assistência do serviço de saúde. Pesquisa avaliativa realizada em sete municípios brasileiros identificou que há fatores subjetivos relacionados à escolha do local de realização do acompanhamento pré-natal, como a percepção da qualidade do serviço prestado e a necessidade de segurança no momento do parto. Dentre os fatores relacionados com esta escolha, há a experiência relatada por familiar ou conhecido que foi atendido previamente no local e a possibilidade de ser assegurada a referência para o parto (ALMEIDA, 2009; DE FIGUEIREDO, 2014).

As recomendações fornecidas por profissionais que atuam no pré-natal e por parentes que tiveram experiências positivas foram consideradas importantes na opção das mulheres pelo atendimento em CPN no momento da parturição.

Melchiori et al. (2009) em que a maioria das mulheres que preferem parto normal salientam primeiramente que esta escolha se baseia na recuperação rápida que a via vaginal pode proporcionar.

Em estudo realizado por Gama et al. (2009), na cidade do Rio de Janeiro, foi percebido que as entrevistadas referiram a dor como um atributo presente em qualquer via de parto, porém, elas associaram a dor, durante a fase do trabalho de parto e parto, à via normal, e as dores do puerpério imediato, ao parto cesáreo.

Logo, em comparação com os depoimentos das entrevistadas, percebeu-se a naturalização das dores do parto normal, como um aspecto intrínseco ao ato de parir, fazendo com que, em relação à cesárea, preferissem as dores do parto normal, pois a cesárea limita as vivências e sensações de protagonizar o autocuidado materno, a rotina diária de afazeres e outros momentos posteriores ao parto como os cuidados com o filho (SANTOS, 2015).

#### 5.4 Benefícios do Parto Normal

Acerca dos benefícios que o parto normal traz para a mulher e o bebê as entrevistadas mostraram conhecer os mesmos como evidências as falas abaixo elegendo a recuperação mais rápida como benefício para a mulher.

*“Melhor para a mãe e o bebê, recuperação mais rápida, só traz benefícios para ambos após o parto, sair já andando é tudo de bom, humanizado acolhedor, equipe excelente, tive toda assistência em todas os momentos do trabalho de parto, melhora o sistema imune, amamentação.”* (Ametista).

*“O Melhor possível, amamentei logo após o parto, minha recuperação está ótima, tomei banho sozinha após o parto, andei, contato direto com o bebê e recuperação mais rápida”* (Diamante)

*“Melhor recuperação”* (Esmeralda)

*“O primeiro benefício foi após eu terminar de parir, eu já estava de pé com meu filho no colo.eu pode sair caminhando ne, o segundo é de poder ta amamentando ele sem tá precisando que outras pessoas me auxiliassem a colocar ele nos meus seios para amamentar, que foi umas das grandes dificuldades que eu sentir na minha cesariana* (Jade)

*“Sim”* (Rubi)

*“Assistência humanizada, devido as suas complicações após o parto, tive toda assistência facilitando meu parto e minha recuperação”* (Safira)

*“A recuperação da mãe e do bebê é mais saudável para outras gestações”* (Topázio)

*“Olha, na cama depois que eu tive ele, elas vieram me falar que dando mama o útero volta ao normal, por causa da mama contrai o útero e tal e a recuperação é bem melhor, no mesmo dia eu já estava com ele, carregava ele, dava de mamar sozinho, não precisava de ninguém para ajudar”* (Turquesa)

O processo de parturição é um momento na vida da mulher que ela se encontra em situação de vulnerabilidade devido as dores, os desconfortos físicos, a ansiedade, as dúvidas e os anseios, podendo levá-la a expressar sentimentos negativos que influenciarão prejudicialmente no desfecho do parto (SILVA, 2015).

A mulher que opta pelo parto normal espera por cuidado humanizado, pois sabe que o processo de parturição pode provocar experiências negativas; contudo, para que esta impressão seja revertida, o modelo assistencial deve proporcionar um cuidado direcionado às suas necessidades e este cuidado deve ser aplicado também às rotinas e protocolos preestabelecidos do local do parto e aos profissionais diretamente ligados à assistência ao parto (VIANA, 2014; SANTOS, 2016).

Nesse sentido, o parto normal é considerado um evento natural na vida da mulher (BRASIL, 2005). Estudos reafirmam a preferência feminina pelo parto normal, associada à qualidade da relação com o bebê, à vivência do protagonismo, maior satisfação com a cena do parto (GAMA, 2009), evitar as complicações da cesárea (CALLISTER, 2001), menor sensação dolorosa (15) e a melhor recuperação no pós-parto (MIRANDA, 2008), com a alta hospitalar e o retorno as suas atividades diárias mais cedo.

Além disso, os inúmeros benefícios são atribuídos a esse tipo de parto, como rápida recuperação, menor tempo em desenvolver hematomas, contrair infecções e hemorragia (PINHEIRO, 2013; VELHO, 2014).

Estudos corroboram tais informações e apontam outros pontos positivos do parto normal como maior autonomia da puérpera na deambulação, higiene pessoal, tarefas domésticas e cuidar da criança (WHEELER, 2011; SILVA, 2012)

No que remete aos benefícios do parto normal para o neonato, destaca-se favorecimento de melhor adaptação respiratória e redução nos índices de infecção, vantagens que resultam dos mecanismo fisiológicos envolvidos no trabalho de parto e parto (GUEDES, 2016).

## 6. CONCLUSÃO

Considerando que este estudo buscou descrever a percepção da puérpera acerca do parto humanizado em um CNP, constatou-se que as mulheres usuárias do CPN de Castanhal são privilegiadas, quando se leva em conta algumas características sociodemográficas, como o estado civil e idade. No entanto, pôde-se inferir que não há um perfil padrão de usuárias atendidas no Centro devido à heterogeneidade do grupo.

Quando se leva em conta as características clínicas e obstétricas das usuárias, tanto os dados sobre os antecedentes obstétricos quanto os da gestação atual, coincidem com os encontrados em outros CPN do Brasil. Em relação à paridade houve predominância de primíparas entre as puérperas, e houve predomínio de mulheres que tiveram os seus direitos assegurados

Nenhuma mulher havia passado pela experiência de parto anterior no Centro e, por isso, a maioria só o conhecia por meio de indicações de amigas, familiares e/ou profissionais de saúde. As razões para a escolha do CPN, em síntese, ocorreram por meio de experiências positivas relatadas por outras mulheres, pela credibilidade no serviço e por meio de palestras realizadas dentro da unidade de saúde que as puérperas eram atendidas;

As mesmas se dirigiam à instituição para conhecê-lo e levaram em consideração a ótima estrutura física que permitiam a privacidade das parturientes; o atendimento satisfatório das funcionárias e profissionais de saúde, diferenciado em relação a outras instituições; o ambiente aconchegante; a presença de mobiliários que permitiam utilizar diferentes práticas durante o trabalho de parto/parto; e por ser um serviço humanizado e natural.

Todas as mulheres entrevistadas tiveram o parto por via vaginal e a grande maioria relatou a preferência pelo parto normal por inúmeros motivos, com destaque pela evocação sobre a recuperação ser melhor e mais rápida quando comparada à cesariana. Contudo as razões que circundam a mente das mulheres, quando informam a preferência pelo tipo de parto, em síntese são no sentido de minimizar o medo, os anseios e retornar mais brevemente às atividades.

As práticas de cuidado utilizadas no CPN, de modo geral, são baseadas em evidências científicas, conforme preconiza a OMS, e reflete em uma atenção à saúde

da mulher de qualidade, humanizada, satisfatória e com redução das intervenções, conforme o próprio relato das mulheres.

Contudo, para que as enfermeiras prestem um atendimento de qualidade é indispensável considerar a integralidade no cuidado às mulheres e possibilitar a desconstrução do viés de gênero, que coloca as mulheres em situação de subalternidade frente às relações existentes entre homens-mulheres e profissionais-usuárias, sendo esse um determinante biológico que as impedem de fazerem uma escolha consciente e de terem o controle sobre o seu próprio corpo.

A assistência prestada as mulheres que procuraram o CPN foi descrita com bastante excelência pelas puérperas que participaram desta pesquisa. O atendimento das enfermeiras as mulheres também foi descrita como a melhor possível. O fato de o CPN ter enfermeiras obstetras favorece bastante para a qualidade do atendimento.

Portanto podemos concluir que o atendimento humanizado na CPN por parte dos profissionais que ali trabalham é sem dúvida um fator que expressa a qualidade do atendimento oferecido a essas mulheres outro fator que podemos observar foi o conhecimento por parte das mulheres em relação aos benefícios que o parto normal trás para a saúde da mãe e da criança.

## REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório [internet] Rio de Janeiro (RJ): ANS, 2009. [cited 2015 Jun 07]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_setor\\_suplementar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_setor_suplementar.pdf)

AINBINDER, Denize; TOUITOU, Elka. Testosterone ethosomes for enhanced transdermal delivery. **Drug delivery**, v. 12, n. 5, p. 297-303, 2005

ALMEIDA CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2009 fev;43(1):98-104.

AMARAL, Eliana; DE SOUZA, João Paulo Dias; SERRUYA, Suzanne. **Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna**. 2006

ARCHIE, C. L.; BISWAS, M. K. **Progressão e condução do trabalho de parto e nascimento normais**. In: DeCherney, A. H.; Nathan, L. *Obstetrícia e Ginecologia - diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2005. p.171-178.

ASSUNÇÃO, Graciana Sulino. *Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde*. 2013.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Pinheiro, LARA. São Paulo: Edições 70; 2006.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Pinheiro, LARA. São Paulo: Edições 70; 2011.

BERGAMASCHI, Suzete de Fatima Ferraz et al. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 454-460, 2008.

BOFF, Leonardo. **Do Iceberg À Arca de Noé o Nascimento de Uma Ética Planetária**. 2002.

BRASIL. Lei n. 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 08 abr 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. . 3a ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 2000. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 6a ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 2005. 66p **Assistência pré-natal: manual técnico**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.473*, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011f. [ [Links](#) ]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011e. Seção 1. [ [Links](#) ]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília: 2011g. [ [Links](#) ]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: 2010. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29\\_11\\_10\\_saude\\_brasil\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29_11_10_saude_brasil_web.pdf)>. Acesso em: jun 2011. [ [Links](#) ]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1459,2011

CALLISTER LC, Vehvilainen-Julkunen K, Lauri S. Giving birth: perceptions of finnish childbearing women. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2001;26(1):28-32.

CANGURU, VIVENDO NO MÉTODO. **ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**. 2004. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CASTRO, Carolina Melo et al. O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido e suas relações com a equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012.

CASTRO, M. B. T.; KAC, G.; LEON, A. P.; SICHIERI, R. High-protein diet promotes a moderate postpartum weight loss in prospective cohort of Brazilian women. *Nutrition*, v. 25, n. 1, p. 1120-1128, 2009

CHURCH LK. Waterbirth: one birthing center's observation. *J Nurse-Midwifery*. 1989 Jul-Aug; 34(4):165-70.

CORDOVA, Fernanda Peixoto. **Do pré-natal ao parto: estudo das trajetórias terapêuticas percorridas por um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar de assistência à saúde**. 2008

COSTA, Geyser Nery da. **Mortalidade perinatal, determinantes biológicos, de atenção à saúde materno infantil e socioeconômicos: uma análise das desigualdades entre os bairros do Recife**. 2008. Tese de Doutorado.

DA COSTA, A. C. A, DE JESUS, P. E. F. R.; DOS SANTOS, V. V. **Violência obstétrica: Humanização do Atendimento de Enfermagem à parturiente**. 47 f. 2015. Curso de Bacharelado em Enfermagem (Graduação em Enfermagem), Faculdade Paraense de Ensino, 2015.

DA SILVEIRA, Isolda Pereira; CARVALHO, Francisca Ana Martins. Conhecimento das mulheres sobre posições para o parto normal. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 4, n. 1, 2016.

DA SILVA, Danielle Costa; RIBEIRO, Renata Albuquerque; DE OLIVEIRA CARVALHO, Tássia Camila. A análise de conteúdo de pronunciamentos oficiais como metodologia interpretativa da política externa brasileira. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 6, n. 2, 2015.

DAHLEN HG, Dowling H, Tracy M, Schmied V, Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*. 2013 Jul; 29(7):759-64.

DE CASTRO, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005.

DE FIGUEIREDO PEREIRA, Adriana Lenho; NICÁCIO, Marina Caldas. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 546-555, 2014.

DE OLIVEIRA GUIRRO, Elaine Caldeira. **Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos-recursos-patologias**. Manole, 2002.

DE SOUZA MACHADO, Nilce Xavier; DE SOUZA PRAÇA, Neide. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006.

DECHERNEY, A. H.; PERNOLL, M. L. Malignant disorders of the ovaries and oviducts. In: **Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment**. People's Medical Publishing House Beijing, 2005. p. 229-236.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. Diagnóstico em obstetria. **São Paulo: Sarvier**, p. 271-81, 1981.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-37, 2009. [ [Links](#) ]

- DOMINGUES RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, 2014; 30(supl.1):101- 116.
- DOS SANTOS, Jéssica Beserra et al. O enfermeiro como educador para benefício do parto normal. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 24-36, 2016.
- FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.
- FERNANDES, Joice Maria Pacheco Antonio et al. Estudo da humanização nas práticas do parto em duas maternidades no município de Santos. 2007.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém nascido**. 1º ed. São Paulo: Difusão enfermagem, 2003.
- GAÍVA, MAM. Introdução ao Trabalho Científico. São Paulo (SP): Atlas; 1997.
- GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e a cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009. Disponível em: . Acesso em: 20 dez. 2013.
- GARCIA, Larissa Valenzuela; TELES, Jéssica Machado; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde. Campinas. Vol. supl. 7 (2017), p. S356-S363**, 2017.
- GAYESKI ME, Brüggemann OM. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto**: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Out-Dez; 19(4):774-82.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.
- GONTIJO, Daniela Tavares; MEDEIROS, Marcelo. Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, 2006.
- GUEDES, Gerline Wanderley et al. Conhecimentos de gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta pré-natal. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 10, p. 3860-3867, 2016.
- JAMAS MT, Hoga LA, Tanaka AC. Mothers' birth care experiences in a Brazilian birth centre. *Midwifery.* 2011 Oct;27(5):693-9.
- JAMAS, Milena Temer; HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal

Women's narratives on care received in a birthing center Narrativas de mujeres sobre el cuidado recibido. **Cad. saúde pública**, v. 29, n. 12, p. 2436-2446, 2013.

KUDLOWIEZ, Sara et al. **programa de atendimento à adolescentes grávidas e a construção de um projeto de vida**. 2013.

LOPES, Hudson Henrique; DORNELA, Fernanda Junia. 08) Impactos da Utilização de um Sistema Enterprise Resource Planning nos Processos Gerenciais: Um Estudo Multicaso em Empresas de Condicionamento Físico de Rio Paranaíba/MG. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia| RBGE| ISSN 2237-1664**, n. 14, p. 149-174, 2016.

MACEDO CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev Enferm UERJ* 2011; 19:457-62

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. The puerperal infection in a delivery center: occurrence and predisposing factors. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 55-60, 2005.

MACKEY M. Use of water in labor and birth. *Clinl Obstet Gynecol*. 2001 Dec; 44(4):733-49.

MADEIRA, Cláudia. **Novos notáveis: os programadores culturais**. Celta Editora, 2002

MALHEIROS PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2012;21(2) [acesso em 9 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. *Interação psicol.*, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009. Disponível em: . Acesso em: 20 jan. 2014.

MENAKAYA U, Albayati S, Vella E, Fenwick J, Angstetra D. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women Birth*. 2013 Jun; 26(2):114-8.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; CARVALHO, Geraldo Mota de; SULETRONI, Vivian Pontes. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 434-40, 2007.

MEYER SL, Weible CM, Woeber K. Perceptions and practice of waterbirth: a survey of Georgia midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2010 Jan-Feb;55(1):55-9

MIRANDA DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008;10(2):337-46

MOLD J & Stein HF 1986. The cascade effect in the clinical care of patients. NEJM 314(8):512-514

NICARETTA, Jaqueline Carine; CORTÊZ, Daiane Tofoli. Centros de Parto Normal: Revisão Integrativa. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 2, p. 345-353, 2015.

ODENT M. **Água e sexualidade**. São José (SC): Saint Germain; 2004.

OLIVEIRA NETO, A. V. *O Modelo Tecnoassistencial em Saúde na Cidade do Recife no período de 2001-2008: em busca de seus marcos teóricos*. 2009. 61p.

Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Recife, 2009. [ Links ]

OMS – Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF); 1996. (OMS/SRF/MSM).

OSIS, Maria Jose Martins Duarte et al. Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. 1994

PARENTE, Raphael C. M.; BERGQVIST, Lilian P. ; SOARES, Marina B. & MORAES FILHO, Olimpio b.. A historia do nascimento (parte 2): parto vaginal. In: **FEMININA** , Fevereiro 2011, vol. 39, Nº 2, p 65-83. Disponível em [www.febrasgo.org.br/site/wpcontent/.../05/feminina\\_v39n2\\_65-83.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wpcontent/.../05/feminina_v39n2_65-83.pdf). acesso: novembro de 2015.

PEREIRA ALF, de Azevedo LGF, Medina ET, de Lima TRL, Schroeter MS. Maternal and neonatal care in David Capistrano Filho birth center, Rio de Janeiro, Brazil. R. pesq.: cuid. fundam. online. [Internet] 2012;4(2) [acesso em 3 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i2.2905-2913>

PINHEIRO BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. Fractal Rev Psicol [Internet]. 2013 [cited 2013 June 13];25(3):585-602. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000300011&script=sci_arttext)

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Rev bras enferm**, v. 58, n. 6, p. 687-691, 2005.

QUEIROZ, Thayná Caixeiro et al. PROCESSO DE DECISÃO PELO TIPO DE PARTO: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 1, p. 70-77, 2017.

RIESCO Maria Luiza Gonzalez, Oliveira Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de, Bonadio Isabel Cristina, Schneck Camilla Alexandra, Silva Flora Maria Barbosa da, Diniz Carmen Simone Grilo et al . Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2009 Dec [cited 2017 May 26] ; 43( spe2 ) : 1297-1302. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600026&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600026>

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1297-1302, 2009.

RORTY R 1993. Feminism, ideology, and deconstruction: a pragmatist view. Special Issue: Feminism and Pragmatism. *Hypatia* 8(2). Disponível em <http://www.cyberartsweb.org/cpace/cspace/schwartz/philosophies.html>

SANTOS, Jeane Kelly Silva. Saúde da mulher: motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia–DF, 2014-2015. 2016.

SANTOS, Rafaella Ayanne Alves dos; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; LEAL, Ramon José Morais. Experiência do tipo de parto: relato de puérperas através da análise de discurso. 2015.

SCHEIDT, Tânia Regina; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. WATER BIRTH IN A MATERNITY hospital OF THE SUPPLEMENTARY HEALTH SECTOR IN SANTA CATARINA, BRAZIL: A CROSS-SECTIONAL STUDY. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.

SCHNECK, Camilla Alexandra, et al. "**Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital.**" *Revista de Saúde Pública* 46.1 (2012): 77-86.

SILVA LAS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015; 19(3):424- 431.

SILVA RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2012 June 18];17(3):635-62. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300009&script=sci_arttext)

SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por Enfermeiras em um Centro de Parto Normal.** 2014.

SILVA, Andréa Lorena Santos. Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por Enfermeiras em um Centro de Parto Normal. 2014.

SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal.** 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014

SILVA, Taináh Mota. **Estudos científicos acerca da implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado da rede cegonha:** uma revisão crítica. 2015.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. In: **Saúde em Debate**. Hucitec, 1995.

TEDESCO, Ricardo Porto et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **RBGO**, v. 26, n. 10, p. 791-8, 2004.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinic. *Interface (Botucatu) online*, v. 10, n. 20, p.1-19. Botucatu, 2006.

Disponível em: <[http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832006000200004&script=sci\\_abstract](http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832006000200004&script=sci_abstract)>. Acesso em: set 2011. [ Links ]

TEXEIRA, E. As Três Metodologias: acadêmica; da ciência e da pesquisa. 10ª Ed. Petropolis, Rio de Janeiro: **Vozes**, 2013

THOMPSON R, Wojcieszek AM. Delivering information: a descriptive study of Australian women's information needs for decision-making about birth facility BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Jun 18;12:51.

TORNQUIST, Carmen Susana. The paradoxes of humanized childbirth care in a public maternity ward in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S419-S427, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. **Outros números do Informe Rural ETENE: ANO**, v. 3, p. 25, 2009.

VELHO MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [cited 2014 July 20];67(2):282-9. Available from: [http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030687\\_017.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030687_017.pdf)

VIANA LVM, Ferreira KM, Mesquita MASB. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. Rev Saúde em Foco. 2014; 1(2):134-148.

WHEELER BJ. Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução da 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011, p. 204.

XAVIER, Luis Gustavo Vidal. O Estado de exceção no cinema brasileiro contemporâneo. 2008.

YOUNG K, Kruske S. How valid are the common concerns raised against water birth? A focused review of the literature. Women Birth. 2013 Jun; 26(2):105-9.

## APENDICES

### APÊNDICE A – Termo de Compromisso do Aluno/Pesquisador

---

#### TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR

**TÍTULO DO PROJETO:** “CENTRO DE PARTO NORMAL: Atenção às boas práticas do nascimento na percepção da puérpera”

**ORIENTADOR:** Prof.ª. Msc. Elyade Nelly Pires Rocha Camacho

**PESQUISADORAS:** Ivete Andrade Carvalho, Nathalia Silva Tavares, Roberta Kelly Amador Ramos.

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

\_\_\_\_\_  
Ivete Andrade Carvalho

\_\_\_\_\_  
Nathalia Silva Tavares

\_\_\_\_\_  
Roberta Kelly Amador Ramos

  
\_\_\_\_\_  
Elyade Nelly P. S. Camacho  
Enfermeira  
CRP 204.288

Prof.ª. Msc ELYADE NELLY ROCHA CAMACHO  
Orientadora

## Apêndice B- Carta de Aceite do Orientador

### TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, professora Elyade Nelly Rocha Camacho, do Curso Graduação em Enfermagem da Faculdade Pan-Amazônica, declaro aceitar ser orientadora do trabalho intitulado "**CENTRO DE PARTO NORMAL: Atenção às boas práticas do nascimento na percepção da puerpera**", de autoria das alunas: alunas Ivete Andrade Carvalho, Nathalia Silva Tavares, Roberta Kelly Amador Ramos.

Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP e Conselho Nacional de Saúde-CNS Resolução Nº466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da necessidade da minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação do projeto e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Belém, 04 de março de 2017



Elyade Nelly R. Rocha Camacho  
Enfermeira  
02021474 108 236

Prof.<sup>a</sup> Msc ELYADE NELLY ROCHA CAMACHO

Orientador

E-mail: elyade1@hotmail.com

Telefone: 91-981142949

At  
Ace

Apêndice-C Instrumento de coleta de dados



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO – FAPEN

CURSO DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CÓDIGO ALFANUMÉRICO:

SEÇÃO 1: ASPECTOS SOCIAIS DAS MULHERES!

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
2. Estado Civil \_\_\_\_\_?
3. Procedência \_\_\_\_\_
4. Número de Gravidez \_\_\_\_\_
5. Número de abortos \_\_\_\_\_?
7. Quantos partos foram normal \_\_\_\_\_?
8. Quantas parto Cesário \_\_\_\_\_?

**SEÇÃO 2: PERGUNTAS RELACIONADAS AO DE CONHECIMENTO DAS MESMAS EM RELAÇÃO AO PARTO NORMAL.**

9. O que lhe motivou a procurar o centro de parto normal?

---

---

---

10. O que lhe levou a optar por parto normal?

---

---

---

11. Você considera o atendimento no centro de parto normal de castanhal humanizado e eficiente? Porque?

---

---

---

12. Como você ver o enfermeiro na assistência realizada ao seu atendimento?

---

---

---

12 Por que você não escolheu parto Cesário?

---

---

---

13 Quais os benefícios que você identificou ao ter parido no centro de parto normal?

---

---

---

**Apêndice – D Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)****FACULDADE PARAENSE DE ENSINO****TITULO DA PESQUISA: CENTRO DE PARTO NORMAL: Atenção às boas práticas do nascimento na percepção da puérpera.**

Voce está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, sob a responsabilidade da pesquisadora Elyade Nelly Pires Rocha Camacho e pelas discentes Ivete Andrade Carvalho, Nathalia Silva Tavares, Roberta Kelly Amador Ramos, para elaborar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Enfermagem da Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN), sob a orientação da docente Elyade Nelly Pires Rocha Camacho. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos realizando. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mais se desistir a qualquer momento, isso não causará prejuízo a você.

**O participante da pesquisa fica ciente:**

I) Será realizada a pesquisa, tendo como objetivo descrever a percepção da puérpera acerca do parto humanizado, vivenciado no centro do parto normal. A entrevista acontecerá individualmente, em local apropriado e reservado, no Centro de Parto Normal de Castanhal-PA a partir de agosto de 2017 e será aplicada as mulheres que estiverem em pré-parto, trabalho de parto e pós-parto com idade de 18 a 30 anos. Seguindo formulário com quatorze questões sobre o perfil sócio econômico e questões relacionadas ao parto normal.

II) O (a) participante não é obrigado a responder as perguntas contidas nos instrumentos de coleta dos dados da pesquisa

III) A participação desta pesquisa não submete as mulheres a nenhum tratamento, bem como não causará nenhum gasto.

IV) O (a) participante da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma.

V) O (a) participante não receberá remuneração e nenhum tipo de pagamento nesta pesquisa, sendo sua participação voluntaria.

VI) O (a) participante da pesquisa contribuirá para acrescentar a literatura referente ao tema, o que levará a construção de conhecimento para embasar a atenção as boas práticas do nascimento na percepção da puérpera. Além de fornecer um importante conteúdo para estudantes e pesquisadores que buscam conhecimento em obstetrícia.

VII) Outros riscos existentes podem surgir das emoções ou vergonha envolvidas no relato pessoal das mulheres, poderá não aceitar em participar da pesquisa e/ou responder as questões das entrevistas. Se no momento da coleta a entrevistada se referir mal-estar e incomodo em relação à entrevista, será dado a opção de cessação da entrevista, com retomada ou afastamento definitivo da pesquisa, garantindo o descarte de todo o material gravado e/ou anotado.

VIII) Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelas pesquisadoras, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

IX) Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

X) durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e da pesquisadora, também constarão em todas as páginas do TCLE a rubrica da pesquisadora.

XI) caso o (a) participante da pesquisa desejar, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com a pesquisadora responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

*Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF \_\_\_\_\_ nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras sobre as dúvidas por mim apresentadas a propósito da minha participação (direta ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.*

*Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, de livre e espontânea vontade, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento utilizem as minhas informações para fins de pesquisa científica/educacional, podendo ainda, publicá-las em aulas, congressos, eventos científicos,*

*palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.*

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.      ( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Belem, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Elyade Nelly Pires Rocha Camacho**  
Contatos:

\_\_\_\_\_  
**Ivete Andrade Carvalho**  
Contatos:

\_\_\_\_\_  
**Nathalia Silva Tavares**  
Contatos:

\_\_\_\_\_  
**Roberta Kelly Amador Ramos**  
Contatos: