



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

JOSIANE MÜLLER

**SUORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O
SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS**

Palhoça

2012

JOSIANE MÜLLER

**SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O
SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Prof. Vânia Sorgatto Collaço, Dda.

Palhoça

2012

JOSIANE MÜLLER

**SUORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O
SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, ____ de _____ de 2012.

Prof. e orientadora Vânia Sorgatto Collaço, Dda.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Elisabeth Flor de Lemos, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

O suporte profissional no parto é um cuidado baseado em evidências científicas e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Este estudo tem como objetivo conhecer o significado para as puérperas do suporte profissional recebido no trabalho de parto (TP) e parto no Centro Obstétrico (CO) da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Realizou-se um estudo quanti-qualitativo descritivo e exploratório, no CO da Maternidade do HU-UFSC, em Outubro de 2012. Participaram 10 puérperas através de entrevista semi-estruturada, surgindo um perfil sócio-demográfico e obstétrico com análise quantitativa e na busca de conhecer o significado do suporte profissional utilizou-se o método de análise de conteúdo, numa abordagem qualitativa. Os resultados mostraram que as principais ações de apoio físico e emocional no suporte profissional no TP e parto são utilizadas pela equipe de saúde, especialmente pelos profissionais de enfermagem. O suporte profissional significou ser importante na assistência recebida na Maternidade, tendo o apoio emocional proporcionado bem-estar para as parturientes/puérperas e o apoio físico efeito relaxante e de alívio da dor, humanizando a assistência. Porém, constatou-se que existe um descompasso entre a filosofia e a prática assistencial da Maternidade, no que se refere à ocorrência de violência verbal e não verbal, sob a forma de excesso de toque, desrespeito ao tempo da mulher, palavras agressivas e desrespeito aos desejos das parturientes/puérperas.

Palavras-chave: Trabalho de parto e parto. Dor do parto. Humanização. Suporte.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVOS	7
1.1.1 OBJETIVO GERAL	7
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 TRABALHO DE PARTO E PARTO	9
2.2 A DOR DO PARTO	9
2.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO	11
2.4 SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO	12
2.4.1 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR	13
2.4.1.1 Banho de aspensão	13
2.4.1.2 Deambulação e mudanças de posição materna.....	13
2.4.1.3 Massagem.....	14
2.4.1.4 Bola suíça.....	14
2.4.1.5 Assento ativo (Cavalinho).....	14
2.4.1.6 Exercícios respiratórios	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA	16
3.2 CONCEITOS	17
3.2.1 SER HUMANO	17
3.2.2 SAÚDE	18
3.2.3 ENFERMAGEM	18
3.2.4 TEMPO E ESPAÇO	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	20
4.2 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE ESTUDO.....	21
4.3 PARTICIPANTES	22
4.4 MÉTODO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	24
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	26
5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO	26

5.2 O SIGNIFICADO DO SUPORTE PROFISSIONAL	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59
ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de parto (TP) é considerado doloroso para a maioria das mulheres, ajudá-las a suportar essa dor é um cuidado fundamental dos profissionais de saúde que atendem o parto. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 1996). A dor do parto não é somente uma resposta orgânica, é exacerbada pelo medo e pela ansiedade, favorecidos por diversos aspectos do ambiente hospitalar. (ALMEIDA et al., 2005).

O parto é uma experiência de repercussão na vida psico-sexual da mulher podendo ser vivido com dor, angústia, medo e isolamento, no qual o medo gera dor e a dor aumenta o medo com conseqüente repercussão psicológica, afetiva e emocional, cuja influência se revela na relação mãe/filho e em sua vida conjugal. (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a OMS (1996) considera o monitoramento do bem estar físico e emocional da parturiente/puérpera uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada.

O suporte profissional no parto é definido por Enkin e outros (2005) como o apoio físico e emocional prestado à parturiente pelos profissionais que a assistem, diminuindo o medo, a ansiedade e a dor da mulher durante o processo de parturição. O apoio físico compreende as ações voltadas para o bem estar físico da mulher, como a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, e o apoio emocional consiste em mantê-la informada sobre os cuidados e a evolução do TP, elogios e incentivo aos seus esforços.

Segundo o Ministério da Saúde, o suporte profissional no TP e parto é parte integrante de uma assistência humanizada, proporcionando segurança e bem estar à parturiente. Evidências científicas mostram que esse cuidado está associado à redução da necessidade de medicação para o alívio da dor, de episiotomia, do parto cesáreo e do tempo de TP, sendo, portanto, menores as intervenções médicas, maior o protagonismo e a satisfação das mulheres com a experiência de dar à luz. (BRASIL, 2001).

A concepção do presente estudo, de discutir sobre o suporte profissional no parto, surgiu da experiência da pesquisadora com o estágio extracurricular realizado no Centro Obstétrico (CO) da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), no qual observou que esse

cuidado faz parte da assistência e ajuda a parturiente a vivenciar de forma mais satisfatória e humanizada essa etapa tão importante da sua vida e da sua família.

A Maternidade do HU-UFSC, implantada no período compreendido entre meados de 1980 e meados de 1990 por equipe interdisciplinar, apresenta uma filosofia constituída de 12 princípios filosóficos (ANEXO A), que são colocados em prática pelos profissionais desde a sua inauguração em Outubro de 1995. A “filosofia da maternidade” é voltada para a humanização do cuidado e segue às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo reforçada na formulação das rotinas dos seus serviços, na educação continuada dos profissionais e na formação acadêmica na Maternidade. (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Diante dos benefícios conhecidos na literatura (BRASIL, 2001; ENKIN et al., 2005; OMS, 1996) do suporte profissional no TP e parto, mostra-se importante o estudo sobre o tema na Maternidade do HU-UFSC, no sentido de valorizar suas práticas. Portanto, a questão norteadora deste estudo é: Como as mulheres percebem o suporte profissional recebido durante o trabalho de parto e parto no CO da Maternidade do HU-UFSC?

Por tratar-se de um estudo de enfermagem, além da literatura sobre o tema, buscou-se fundamentá-lo na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979), que aborda os aspectos humanos da enfermagem. Assim, a enfermagem humanística é um diálogo vivo e vivido entre enfermeira e cliente, que envolve o encontro, a presença, o relacionamento, um chamado e uma resposta, sendo meta o bem-estar e o estar melhor do ser humano que necessita do cuidado de enfermagem. (GEORGE, 2000; OLIVEIRA et al., 2003).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Conhecer o significado para as puérperas do suporte profissional recebido no trabalho de parto e parto no CO da Maternidade do HU-UFSC.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico e obstétrico das puérperas;

- Identificar quais ações utilizadas no suporte profissional no trabalho de parto e parto para a parturiente/puérpera;
- Investigar qual a relação de cuidado estabelecida entre os profissionais e a parturiente/puérpera no processo parturitivo;
- Verificar quais os profissionais envolvidos no suporte profissional no trabalho de parto e parto para a parturiente/puérpera.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRABALHO DE PARTO E PARTO

As fases clínicas do parto são divididas em quatro períodos: dilatação, expulsão, dequitação e período de Greenberg. O primeiro período, de dilatação da cérvix uterina, se estende do início do trabalho de parto até a dilatação cervical completa (10 cm), é quando se tem o período de expulsão que vai até o desprendimento do feto, o período compreendido a partir da expulsão do feto até a expulsão da placenta consiste na dequitação, e o período de Greenberg até uma hora após a expulsão da placenta. (FREITAS et al., 2006).

O diagnóstico do TP confirma o início do parto, sendo ele correlacionado com a presença de cólica simultânea às contrações uterinas, eliminação do tampão mucoso e encurtamento e esvaecimento do canal cervical. (NEME et al., 2005). O TP compreende uma fase latente e uma fase ativa. A fase latente caracteriza-se por duração variável, dilatação cervical lenta (menos de 1,0 cm por hora) até os 3,0 cm e contrações irregulares. A fase ativa caracteriza-se por dilatação cervical rápida (igual ou maior que 1,0 cm por hora), contrações regulares e dolorosas. (FREITAS et al., 2006).

Para as parturientes sem fatores de risco gestacionais a admissão hospitalar é indicada na fase ativa do período de dilatação, a fim de evitar falsas expectativas de progressão do TP e intervenções desnecessárias. (FREITAS et al., 2006). A mulher precisa ser acompanhada nessa fase para monitorização do progresso do TP e da saúde fetal, para que eventuais problemas sejam identificados e solucionados antes que se agravem. (ENKIN et al., 2005).

Segundo Freitas e outros (2006), o parto é um momento de grande complexidade, que envolve mudanças orgânicas e corporais intensas, gerando sentimentos como dor, medo, ansiedade e insegurança, tendo-se a necessidade de uma assistência ao parto humanizada, voltada para o bem-estar físico e emocional da parturiente.

2.2 A DOR DO PARTO

A dor é considerada pela *International Association for the Study of Pain* uma “[...] experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões.” (ALMEIDA et al., 2005, s/p).

A dor do parto é uma resposta fisiológica, provocada principalmente pela dilatação do colo uterino, somada a outros fatores como: “[...] contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro [...]”, sendo considerada insuportável para a maioria das mulheres. (BRASIL, 2001, p. 68).

Para Almeida e outros (2005), a dor no parto sofre interferência não apenas dos aspectos orgânicos, ela gera ansiedade e esta aumenta a dor.

A ansiedade pode ser conceituada de duas formas distintas: ansiedade-traço e ansiedade-estado. A ansiedade-traço refere-se às diferenças individuais relativamente estáveis, de propensão ou tendência do indivíduo para vivenciar a ansiedade. A ansiedade-estado é uma condição transitória de tensão diante de uma circunstância percebida como ameaçadora, sem identificar-se o objeto de perigo, ou seja, simbólica, inespecífica e antecipada. (SPIELBERGER, GORSUCH, LUSHENE 1979 apud ALMEIDA et al., 2005, s/p).

Segundo Friesner&Raff (1978), entre os fatores intensificadores da dor estão a fadiga que impede o relaxamento muscular, a anemia que aumenta a anóxia das células musculares comprimidas e o estresse emocional que baixa o limiar da dor e provoca tensão muscular em todo o corpo.

A dor pode ter efeitos adversos sobre o progresso do TP, sendo prejudicial para a mãe e o bebê. Entre as alterações fisiológicas que podem ser provocadas pela dor estão: aumento dos níveis de adrenalina, noradrenalina, cortisol e catecolaminas no sangue materno, aumento progressivo do débito cardíaco, exigindo maior consumo de oxigênio, levando à hiperventilação, que por sua vez causa hipocapnia materna e aumento do pH arterial. A hipocapnia pode reduzir o estímulo ventilatório materno, reduzindo a pressão arterial de oxigênio, que quando menor de 70 mmHg pode causar no feto hipoxemia e desacelerações da sua frequência cardíaca. (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de uma assistência à parturiente que possibilite o controle da dor no TP, considerando um direito da

mulher brasileira garantido por suas portarias: n° 2.815 de 1998 e, posteriormente, a de n° 572 de 2000. (BRASIL, 2001).

Na Maternidade do HU-UFSC, utiliza-se o Método de Read para o controle da ansiedade e alívio da dor no parto normal. De acordo com Friesner&Raff (1978), o Método de Read consiste no oferecimento de informações sobre o parto e no trabalho corporal adequado, que inclui exercícios para fortalecer e aumentar a flexibilidade dos músculos utilizados no parto (balanço pélvico, posições sentada, de cócoras e de joelhos), técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios e emprego dos músculos abdominais e perineais na fase expulsiva.

2.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Em nosso país, a assistência à mulher no momento do parto é em grande parte hospitalar. (BRASIL, 2001). A hospitalização do parto, com a incorporação de avanços tecnológicos na assistência, se por um lado contribuiu para a melhoria das condições do parto, com redução importante da morbimortalidade materna e neonatal, por outro, o seu uso indiscriminado configurou-se na desumanização do nascimento. (OLIVEIRA, ZAMPIERI, BRÜGGEMANN, 2001).

O parto hospitalar, segundo Dias (2006), é uma experiência árdua para a maioria das mulheres, que são afastadas do seu lar e de seus familiares, atendidas por profissionais desconhecidos de forma impessoal, submetidas a rotinas hospitalares, em sua maioria desnecessárias, e tecnologias que interferem na fisiologia do parto.

Estas várias intervenções que podem ser feitas pelos profissionais em diferentes intervalos num período de tempo que varia de acordo com a duração do trabalho de parto da mulher e com o grau de conformidade deste com os padrões hospitalares. Quanto menos conformidade o trabalho de parto exibir, maior o número de procedimentos que serão introduzidos com o objetivo de trazê-lo para a conformidade. (DAVIS-FLOYD, 1987, apud DIAS, 2006, p. 54).

Conforme Diniz (2005), em busca de mudanças na assistência ao parto, surge um movimento internacional pela humanização do parto, através de práticas assistenciais seguras, uso da tecnologia apropriada e qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores.

É uma modalidade de assistir em que há conexão entre mente e corpo, compreensão da realidade da cliente e interação entre ela e o profissional, favorecendo que a mesma viva bem a sua história e ajudando-a a expandi-la. É um modelo que busca, na sua concepção, um equilíbrio entre a tecnologia e a sensibilidade; a prevenção da doença; a valorização da cliente, de seus valores, das crenças e dos conhecimentos, vendo-a como sujeito do processo. Além disso, o humanismo centra-se no cuidado individual, valoriza os aspectos femininos e masculinos de forma igualitária, e favorece a liberdade de expressão e a participação da cliente. Por isso, o humanismo não é apenas uma mudança simples, são mudanças de atitude na abordagem com a cliente. No humanismo, a informação, a decisão e a responsabilidade são compartilhadas entre cliente e profissional de saúde. (DAVIS-FLOYD,2000 apud OLIVEIRA, ZAMPIERI, BRÜGGEMANN, 2001, p. 76).

O movimento pela humanização do parto é fortalecido com as Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicadas em 1996, defendendo práticas obstétricas comprovadamente efetivas e seguras. No Brasil, a humanização do parto é um *movimento de diversos*, estando entre as políticas públicas mais importantes o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. (DINIZ, 2005).

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e neonatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (BRASIL, 2001, p. 09).

2.4 SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O suporte no TP e parto é entendido como o apoio físico e emocional oferecido à mulher no processo de parturição. Pode ser realizado pelo acompanhante da mulher e pelos profissionais responsáveis pela assistência clínica, neste caso, é chamado de suporte profissional. Para o apoio físico são desempenhadas ações como métodos não farmacológicos para o alívio da dor (banho de aspersão, deambulação e mudanças de posição, massagem, bola suíça, cavalinho e exercícios respiratórios etc.), oferecimento de líquidos e alimentos quando não for contra-indicado. O apoio emocional consiste em estabelecer um vínculo com a mulher, mantendo-a informada sobre o que está acontecendo, sobre os cuidados realizados, elogiando e incentivando seus esforços. (ENKIN et al., 2005).

[...] Ter alguém ao seu lado, para uma orientação ou apenas segurar-lhe a mão, é algo que para a parturiente 'traduz-se como apoio, mão amiga, conforto, alívio, carinho, importar-se com elas, segurança e encontrar ânimo' [...] (FRELLO, CARRARO, 2010, p. 444).

O suporte profissional contribui para uma experiência de parto mais satisfatório ao aliviar a dor, o medo e a ansiedade comumente vivenciados pela mulher, e muitas vezes ignorados, resultando em desumanização da assistência. (ENKIN et al., 2005).

Pesquisas compararam a assistência ao parto com e sem o suporte, de profissionais de saúde ou pessoas leigas, e constataram que esse cuidado oferece vários benefícios para as mães e seus bebês e nenhum risco. Ao estimular uma postura ativa das mulheres no processo de parturição, evita muitas intervenções médicas como a utilização de medicamentos para alívio da dor, cesáreas, episiotomias etc., sendo prática recomendada na assistência ao parto. (BRASIL, 2001).

2.4.1 Métodos não farmacológicos de alívio da dor

2.4.1.1 Banho de aspersão

O banho quente de aspersão oferece conforto e por isso é muito bem aceito pelas parturientes. (GAYESKI, 2009). Um ensaio clínico quantitativo envolvendo 100 mulheres mostrou que essa prática é efetiva na redução da dor e da ansiedade na fase ativa do trabalho de parto, por favorecer o relaxamento muscular pela vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, reduzir a liberação de catecolaminas e elevar a de endorfinas. (GALLO et al., 2011).

Conforme Gallo e outros (2011), para que essa técnica tenha o efeito desejado no alívio da dor, é necessário que a parturiente permaneça no mínimo 20 minutos com água corrente numa temperatura de 37 a 38 °C sobre a região dolorosa, geralmente a região lombar ou abdome inferior.

2.4.1.2 Deambulação e mudanças de posição materna

Segundo Enkin e outros (2005), a movimentação e a variação de posições reduzem a dor, por aliviar a pressão exercida pelo feto sobre determinada estrutura materna. Por isso, as parturientes devem ser estimuladas a encontrar a posição mais confortável, dentro ou fora do leito, geralmente preferem a posição sentada, em pé e a deambulação, retornando a deitar-se no trabalho de parto avançado.

A deambulação e as mudanças de posições também contribuem para a descida do feto e para a dilatação cervical, com redução do tempo de trabalho de parto. (GALLO et al., 2011).

2.4.1.3 Massagem

A massagem permite estimular diferentes receptores sensoriais, proporcionando efeito analgésico e relaxante, mais efetivo quando a massagem é intermitente ou o tipo de toque e sua localização variada. (ENKIN et al., 2005).

Para Gallo e outros (2011), as técnicas de massagem mais indicadas são o deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão circular profunda, na região lombar durante as contrações uterinas, e em trapézio e panturrilha nos intervalos entre as contrações, que são as regiões de maior tensão muscular no TP.

2.4.1.4 Bola suíça

A bola suíça é um recurso que estimula a posição vertical (sentada) e a livre movimentação da parturiente. Exercícios com a bola, na posição sentada, trabalham os músculos do assoalho pélvico com efeitos positivos no alívio da dor, na descida do feto, na dilatação cervical e na redução do trauma perineal. (SILVA et al., 2011).

Segundo Gallo e outros (2011), a bola também serve de instrumento lúdico, distraindo a parturiente, e deve ser usada com orientação e supervisão de um profissional de saúde, a fim de se evitar quedas.

2.4.1.5 Assento ativo (Cavalinho)

O assento ativo também é considerado por Gallo e outros (2011) um recurso auxiliar para a adoção da posição vertical e a movimentação da parturiente.

No assento ativo a parturiente deixa a posição horizontal semi-estática para uma posição ativa, proporcionando o alinhamento vertical entre o eixo longitudinal da coluna vertebral da mãe e do feto, exercendo uma maior pressão sobre o colo uterino, favorecendo uma redução no tempo de trabalho de parto. (FANEM, 2009).

2.4.1.6 Exercícios respiratórios

Os exercícios respiratórios têm a função de melhorar a oxigenação sanguínea da mulher no trabalho de parto, proporcionar relaxamento, controle da dor e da ansiedade. (GALLO et al., 2011).

De acordo com o Método de Read, no período de dilatação, a respiração deve ser abdominal lenta, para que durante as contrações o útero possa subir sem pressão, no período de expulsão a respiração diafragmática e durante a expulsão da cabeça a respiração ofegante moderada. (FRIESNER & RAFF, 1978).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria Humanística de Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad, ou teoria da prática de enfermagem humanística como chamada pelas autoras, foi publicada em 1976, no livro intitulado “Humanistic Nursing”. A prática de enfermagem humanística diz respeito à interação entre enfermeira e cliente no processo saúde-doença. A enfermagem humanística é vista como um diálogo vivo que envolve o encontro (existência da enfermeira e do cliente para ser atendido), a presença (disponibilidade para outra pessoa), o relacionamento (o estar um com o outro), e um chamado e uma resposta (o atendimento de uma necessidade), na busca do *bem-estar* e do *estar melhor* do cliente, através do *estar com e fazer com o* cliente. (OLIVEIRA, et al., 2003).

Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad são enfermeiras americanas, a primeira Doutora em Ciência da Enfermagem pela Boston University School of Nursing, Boston, Massachusetts, e a última Doutora em Filosofia pela Georgetown University, Washington, DC. A prática e a fundamentação teórica da Enfermagem humanística foram inspiradas no humanismo, no existencialismo e na fenomenologia. (GEORGE, 2000).

De acordo com George (2000), no humanismo, o potencial do ser humano depende da sua experiência de vida. Para o existencialismo, o significado da vida do ser humano é reflexo de suas escolhas, sendo, portanto, responsável por suas ações. A fenomenologia busca compreender o significado de um fenômeno para um determinado indivíduo, entrando novamente em questão as suas experiências. Neste sentido, a prática de enfermagem humanística se faz presente pela experiência compartilhada entre enfermeira e cliente no atendimento de suas necessidades no processo saúde-doença.

3.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA

De acordo com Meleis (1985 apud OLIVEIRA et al., 2003, p. 15-16), os pressupostos da Teoria Humanística são:

- Enfermagem envolve dois seres humanos que estão dispostos para entrar num relacionamento existencial um com o outro;

- enfermeiros e pacientes como seres humanos são únicos e totais, seres bio-psico-sociais com o potencial para vir a ser mais através da escolha e intersubjetividade;
- as experiências presentes são mais do que a soma total do passado, presente e o futuro, sendo influenciadas por cada um deles. Na sua totalidade elas são menos do que o futuro;
- todo encontro com outro ser humano é aberto e profundo, com um grande grau de intimidade que profundamente e humanisticamente influenciam os membros envolvidos no encontro;
- os seres humanos são livres e estão esperando para serem envolvidos no seu próprio cuidado e nas decisões que os envolvem;
- todos os atos da Enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e morte;
- enfermeiros e pacientes convivem, eles são independentes e interdependentes;
- os seres humanos têm uma força inata que os move para conhecer seu ponto de vista angular e outros pontos de vista angulares do mundo;
- a enfermagem existencial é o envolvimento no cuidado ao paciente e manifestado na presença ativa do enfermeiro como um todo no tempo e no espaço;
- a meta da Enfermagem é um maior bem estar acrescido para ambos, enfermeiro e paciente, enquanto eles experienciam o processo de fazer uma escolha responsável;
- a Enfermagem é envolvida com seres humanos, seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação;
- intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem estar.

3.2 CONCEITOS

3.2.1 Ser humano

O ser humano é entendido na enfermagem humanística sob a ótica do existencialismo de *tornarem-se* através de escolhas, e para fazê-las, encontra significado no relacionamento com outros. (GEORGE, 2000).

Conforme Oliveira e outros (2003), o ser humano precisa relacionar-se com outro para *vir a ser*, permitindo que a sua individualidade, única, se realize.

Segundo a Teoria Humanística, o ser humano relaciona-se com outros seres nas formas EU-TU, EU-ISSO, EU-NÓS. A relação EU-TU caracteriza-se pela presença autêntica do enfermeiro com o cliente, na qual cada um dos participantes *vem a ser mais*. Na relação EU-ISSO, o ISSO é considerado as relações anteriores do EU-TU quando refletidas pelo indivíduo. O EU-NÓS representa a relação do ser humano com os outros, refletindo e adquirindo cada qual a sua identidade.

O ser humano, nessa pesquisa, são as puérperas participantes do estudo, que foram atendidas em TP e parto no Centro Obstétrico da Maternidade do HU-UFSC, e a equipe de saúde que participou do atendimento de cada pesquisada.

3.2.2 Saúde

Para a enfermagem humanística, a saúde é mais do que a ausência da doença, caracteriza-se pelo *bem-estar* e o *estar melhor* do ser humano. Em que o *bem estar* implica em um estado de estabilidade, e o *estar melhor* em um processo contínuo para *tornar-se mais*. (OLIVEIRA et al., 2003).

De acordo com George (2000), os indivíduos apresentam potencial para essas condições quando estabelecem relações autênticas uns com os outros, sendo este o ponto-chave da enfermagem humanística, para aumentar a capacidade de saúde do cliente.

A saúde, no contexto da pesquisa, é considerada a satisfação das puérperas em relação ao suporte profissional recebido no TP e parto.

3.2.3 Enfermagem

A enfermagem é considerada pela Teoria Humanística uma relação especial entre seres humanos, em que um apresenta uma necessidade relacionada à qualidade de saúde-doença e outro vêm de encontro, proporcionando ajuda. Nessa relação, estabelecida entre enfermeiro e cliente, o objetivo é o *bem estar* e o *estar melhor* da pessoa que precisa do atendimento de enfermagem. (GEORGE, 2000; OLIVEIRA et al., 2003).

Segundo Oliveira e outros (2003), para a Teoria, a enfermagem implica em *estar com* e *fazer com*, assim, nessa relação, o enfermeiro vê o cliente como sujeito ativo, com potencial para a saúde, e o cliente vê no enfermeiro a possibilidade de ajuda.

As teóricas sugerem três conceitos que juntos proporcionam a base da enfermagem: o diálogo, a comunidade e a enfermagem fenomenológica. A enfermagem é considerada um diálogo vivo, ou seja, uma relação compartilhada entre indivíduos, envolvendo o *encontro*, o *relacionamento*, a *presença*, um *chamado* e uma *resposta*. A enfermagem humanística acontece no contexto da

comunidade, é através do relacionamento com outras pessoas que o ser humano encontra significado para a sua existência. A enfermagem fenomenológica constitui a metodologia que guia a prática e a teoria de enfermagem. (GEORGE, 2000; OLIVEIRA et al., 2003).

A enfermagem, nesse estudo, é representada pelos profissionais de enfermagem que prestaram cuidados à mulher no processo de nascimento. A enfermagem humanística, considerada o diálogo vivo entre esses profissionais e a mulher durante o processo de parturição, sendo o suporte profissional desenvolvido para o bem-estar e o estar melhor da parturiente.

3.2.4 Tempo e espaço

De acordo com Oliveira e outros (2003), as teóricas consideram que o tempo é vivenciado pela enfermeira e pelo cliente em um mundo interior e em um mundo exterior de pessoas e coisas - o espaço. E que o diálogo vivo depende da aceitação do mundo interior do outro e da sincronia entre os dois tempos, vividos interiormente e exteriormente.

A maneira como o tempo medido e espaço são vivenciados por duas pessoas afetam o diálogo humano. Realmente estar com o outro envolve conhecer o outro naquele espaço vivido. O espaço vivido e tempo vivido são vistos como inter-relacionados. Uma pessoa sente-se mais confortável em um particular espaço sobre o tempo e freqüentemente começa a assumir um senso de propriedade, isto é, sente como se fizesse parte do ambiente e o ambiente fizesse parte dele. (OLIVEIRA et al., 2003, p. 24).

O espaço, nessa pesquisa, foi o CO da Maternidade do HU-UFSC, mais especificamente a sala de recuperação pós-parto.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Conforme Minayo e Sanches (1993), a natureza da pesquisa quantitativa difere da qualitativa, metodologicamente não há contradição e nem continuidade entre ambas, assim como, nenhuma é mais científica do que a outra, respondem a objetivos diferentes.

A pesquisa quantitativa trabalha com dados, indicadores e tendências observáveis, devendo “[...] ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis”. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

A pesquisa qualitativa, segundo Appolinário (2009), é fruto da interação social entre pesquisador e fenômeno pesquisado, em que a observação do fenômeno e a interpretação dos dados coletados sofrem influência da subjetividade do pesquisador e, por isso, os resultados não podem ser generalizados a outros fenômenos diferentes do pesquisado.

Para Minayo (2006), na pesquisa qualitativa, o objetivo não é a análise estatística do objeto de estudo, e sim se aprofundar nas realidades dos fenômenos estudados, que precisam ser expostas e interpretadas pelo pesquisador.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos [...] (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010, p. 21)

A pesquisa descritiva procura descrever as características do fenômeno estudado, ou, identificar as correlações entre variáveis, sendo de praxe a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. As pesquisas descritivas geralmente

são realizadas por pesquisadores sociais, um exemplo são as que têm por objetivo levantar as opiniões de uma população. (GIL, 2002).

Conforme Barros e Lehfeld (2000, p. 70), o estudo descritivo procura “[...] descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, característica, causas, relações, e conexões com outros fenômenos”. Fazem parte dele a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo. Na primeira a coleta de dados é feita em outros estudos já publicados, e na última os dados são coletados a partir do contato direto do pesquisador com o fenômeno pesquisado, no local onde esse se passa, assumindo o pesquisador um papel de observador e explorador.

A pesquisa exploratória busca aprofundar o conhecimento sobre determinado fenômeno, ao contemplar os mais variados aspectos a ele relacionados, de modo a torná-lo mais explícito ou a formar hipóteses. (GIL, 2002). Esse tipo de pesquisa permite maior familiaridade com o fenômeno de estudo ou obter nova percepção sobre ele, e formular novas hipóteses para outras pesquisas. (CERVO; BERVIAN, 2002).

A respeito da pesquisa de opinião, Cervo e Bervian (2002, p. 67) afirmam:

[...] procura saber atitudes, pontos de vista e preferências que as pessoas têm a respeito de algum assunto, com o objetivo de tomar decisões. A pesquisa de opinião abrange uma faixa muito grande de investigações que visam identificar falhas ou erros, descrever procedimentos, descobrir tendências, reconhecer interesses e outros comportamentos.

A abordagem quantitativa se mostrou mais adequada para a descrição do perfil sócio-demográfico e obstétrico das puérperas, sendo o maior foco deste estudo a análise qualitativa, que responde ao seu objetivo geral, de conhecer o significado para essas mulheres do suporte profissional no TP e parto.

4.2 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE ESTUDO

O local do estudo foi o Centro Obstétrico da Maternidade do HU-UFSC localizado em Florianópolis. Trata-se de um hospital escola vinculado à Universidade, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

A Maternidade foi inaugurada no dia 23 de Outubro de 1995, após aproximadamente 10 anos de implantação por equipe interdisciplinar, que construiu uma filosofia própria da Maternidade, composta por 12 princípios (ANEXO A). Estes

princípios filosóficos conduzem, até os dias atuais, a uma prática assistencial humanizada, baseada em evidências científicas e que respeita as recomendações da OMS. (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Conforme a sua filosofia, a Maternidade busca assistir integralmente a mulher no seu ciclo gravídico-puerperal, atendendo as suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Para isso, a mulher, seu bebê e sua família contam com o atendimento de equipe interdisciplinar. Sendo assegurado o direito de a mulher ter um acompanhante de sua escolha durante todo o processo de nascimento, dando ênfase para que este seja o pai do bebê, a escolha pelo tipo de parto normal, parto cesáreo apenas com indicação médica, ações que favorecem o desenvolvimento do vínculo afetivo e da amamentação. (MONTICELLI et al., 2010).

A Maternidade do HU-UFSC recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 17 de Dezembro de 1997, pela implantação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS), com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. E em Julho de 2000, recebeu o prêmio Galba de Araújo, por atender todos os requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde para uma assistência humanizada ao nascimento. (COLLAÇO, 2002).

De acordo com Collaço (2002), a Maternidade do HU-UFSC é composta pelas Unidades de: Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Neonatologia e Alojamento Conjunto. O Centro Obstétrico apresenta quatro leitos de pré-parto, quatro leitos de recuperação com respectivos berços, um leito de observação, três salas de parto, sendo duas para parto normal e uma para parto cesáreo.

A Maternidade do HU-UFSC foi o local escolhido para a realização dessa pesquisa por oferecer às mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal uma assistência humanizada, com suporte profissional no TP e parto, permitindo que o objetivo desse estudo fosse atingido.

4.3 PARTICIPANTES

Nas pesquisas sociais qualitativas, o fenômeno de estudo são os significados, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos, sendo impossível a

definição de todas essas variáveis, assim como de uma amostragem representativa de sua totalidade. Dessa forma, a definição inicial do número de participantes nesse tipo de pesquisa não é indicada, mas sim a inclusão progressiva dos sujeitos que deve ser interrompida quando se atinge a saturação dos dados, ou seja, uma regularidade de apresentação das informações. (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Segundo Trentini e Paim (2004), o critério da saturação dos dados permite ao pesquisador iniciar a coleta de dados sem a predeterminação do número de sujeitos a serem pesquisados. Quanto aos critérios para a seleção dos sujeitos da pesquisa qualitativa, as autoras revelam não ser estabelecidos, devido a pesquisa não buscar a generalização dos seus resultados a toda população de origem da amostra.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: puérperas no período de Greenberg na sala de recuperação pós-parto, que foram atendidas em trabalho de parto e parto no CO da Maternidade do HU-UFSC, que após serem informadas sobre o estudo e de seu anonimato, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e o Termo de Consentimento para gravações (APÊNDICE C).

Os critérios de exclusão foram: as puérperas que tiveram cesarianas sem terem passado pelo TP, mulheres que estavam se recuperando de qualquer cirurgia que não a cesariana (curetagens, laparotomia por gravidez ectópica rota, drenagens de abscessos entre outras) e aquelas que se recusaram a participar do estudo.

Assim, a pesquisa foi realizada com 10 puérperas que se encontravam na sala de recuperação pós-parto e que atendiam aos critérios de inclusão, selecionadas de forma aleatória, durante a passagem da pesquisadora pela Experiência Complementar em Enfermagem, no período de 01 de Outubro de 2012 a 26 de Outubro de 2012.

4.4 MÉTODO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

“A coleta de dados significa a fase da pesquisa em que se indaga e se obtêm dados da realidade pela aplicação de técnicas.” (BARROS; LEHFELD, 2000, p. 89).

Para a coleta de dados foi realizada entrevista semi-estruturada e individual, utilizando um roteiro de perguntas abertas previamente elaboradas (Apêndice A), com liberdade de inclusão de novas questões frente às situações. As entrevistas foram gravadas por aparelho de gravação, e os dados posteriormente processados.

A entrevista, segundo Barros e Lehfeld (2000), permite ao pesquisador adequar as suas perguntas ao entendimento do sujeito entrevistado sempre que necessário, o pesquisador também tem a oportunidade de perceber o comportamento do sujeito da pesquisa durante a entrevista, tudo isso colabora para a obtenção de dados reais sobre o fenômeno de estudo.

A análise dos dados na pesquisa qualitativa tem por objetivo “[...] compreender um fenômeno em seu sentido mais intenso, em vez de produzir inferências que possam levar à constituição de leis gerais ou a extrapolações que permitam fazer previsões válidas sobre a realidade futura.” (APPOLINÁRIO, 2009, p. 159).

Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo sugerido por Delgado e Gutiérrez (1994 apud APPOLINÁRIO, 2009) para dados extraídos de entrevistas, de acordo com os seguintes passos:

- a) Organização do texto, demarcando cada fala das participantes da pesquisa;
- b) Análise e classificação das falas de acordo com o seu conteúdo;
- c) Divisão das falas em categorias;
- d) Obtenção de esquemas para a interpretação dos dados a partir das inter-relações entre as categorias;
- e) Interpretação dos esquemas obtidos comparando-os com os referenciais teóricos desejados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dispõe sobre as normas e regulamentos para a pesquisa envolvendo seres humanos, definindo-a como aquela que “[...] individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

De acordo com Lima e outros (2009), as pesquisas envolvendo seres humanos são muito importantes para a produção de conhecimento científico, e para que os indivíduos participantes não sejam prejudicados, algumas exigências éticas são feitas aos pesquisadores.

Destarte, a bioética preocupa-se, especialmente em despertar entre os pesquisadores, a necessidade de se assumir uma conduta responsável e humana no processo da investigação científica. Sendo portanto necessário que o pesquisador tenha como meta principal o respeito a dignidade humana durante o referido processo, ou seja, desde a fase de planejamento do estudo até a fase de disseminação do conhecimento produzido (LIMA et al., 2009, p. 394).

O presente estudo atendeu às exigências éticas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, que são:

- Autonomia: respeito ao consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, tratando-os com dignidade e defendendo-os em sua vulnerabilidade.
- Beneficência: ponderação entre benefícios e riscos, sendo estes minimizados.
- Não maleficência: evitando que danos previsíveis aconteçam.
- Justiça e equidade: a pesquisa tem destinação sócio-humanitária, sendo os participantes beneficiados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina e da Universidade Federal de Santa Catarina. (ANEXO B).

As puérperas foram convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecidas sobre o objetivo da mesma, sobre a realização de entrevista com gravação de voz, sobre a garantia de anonimato e o direito de desistir de participar a qualquer momento, assim como as dúvidas que surgiram. Foram informadas que as gravações ficarão sob a guarda exclusiva da pesquisadora por um período de cinco anos após o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e que após esse período serão destruídas. Também foram informadas sobre a necessidade de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e o Termo de Consentimento para Gravações (APÊNDICE C), para serem incluídas no estudo, ficando uma via de cada, assinadas, em posse da pesquisadora e da participante.

Assim, para a análise dos dados, as falas de cada participante foram identificadas com o nome de uma pedra preciosa.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No primeiro momento será apresentado o perfil sócio-demográfico e obstétrico das 10 puérperas pesquisadas, porém, o perfil apresenta-se com caráter mais quantitativo dos dados como uma forma de apresentar a clientela dentro de uma perspectiva global.

No segundo momento será apresentada a análise qualitativa dos dados, maior foco deste estudo, no qual se buscou responder ao objetivo geral de conhecer o significado para as puérperas do suporte profissional recebido no TP e parto no CO da Maternidade do HU-UFSC. Como método utilizou-se a análise de conteúdo de Delgado e Gutiérrez (1994 apud APPOLINÁRIO, 2009). Desta análise surgiram 12 categorias e algumas subcategorias temáticas.

5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO

A descrição do perfil sócio demográfico e de algumas características obstétricas das puérperas pesquisadas contribui para a compreensão dos dados sobre o significado do suporte profissional no TP e parto para essas mulheres, indo ao encontro do conceito de ser humano de Paterson e Zderad. (OLIVEIRA et al., 2003).

O ser humano é definido por Paterson e Zderad como um ser com individualidade única que é aprimorada no relacionamento com outros seres, no tempo e no espaço. (OLIVEIRA et al., 2003). Assim, a experiência do processo de parturição é influenciada pela individualidade única, que também se mostra nesse perfil e nas experiências de vida de cada mulher.

Os dados referentes ao perfil sócio-demográfico e obstétrico das puérperas são apresentados na tabela 1 e discutidos em seguida:

Tabela 1- Características sócio-demográficas e obstétricas das puérperas, Florianópolis-SC, outubro/2012.

Características	N	%
Faixa etária (em anos)		
< 21	01	10%
21 a 30	05	50%
31 a 40	04	40%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	01	10%
Ensino médio incompleto	01	10%
Ensino médio completo	07	70%
Ensino superior incompleto	01	10%
Estado civil		
Casada	05	50%
União estável	04	40%
Solteira	01	10%
Ocupação		
Dona de casa	03	30%
Outras profissões (autônoma, artesã, camareira, cozinheira, fiscal de caixa, gerente de loja)	07	70%
Procedência		
Florianópolis	05	50%
Grande Florianópolis (Garopaba, Santo Amaro da Imperatriz, São José, Biguaçu)	04	40%
Outro Município (Imbituba)	01	10%
Nº gestações		
Primigesta	05	50%
Secundigesta	03	30%
Multigesta	02	20%
Nº partos		
Primípara	05	50%
Multípara	05	50%
Nº abortamentos		
	02	20%

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Os dados mostraram que a faixa etária das 10 mulheres pesquisadas variou de 19 a 40 anos de idade, sendo que 50% delas apresentaram idade entre 22 a 27 anos, a média geral foi de 29,2 anos (Tabela 1). A maior participação desse grupo etário é esperada conforme Brasil (2007), devido à maioria das mulheres em

idade reprodutiva encontrarem-se dentro da faixa etária de 20 a 29 anos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010), a maior taxa de fecundidade está entre as mulheres com idade entre 20 a 24 anos, porém, observa-se que nas áreas urbanas as mulheres vêm apresentando uma estrutura de fecundidade mais tardia o que também nos revela os 40% das mulheres do estudo com idade entre 31 a 40 anos. A gestação tardia pode estar sendo influenciada pelo fato de 70% das mulheres trabalharem fora do lar ajudando na renda familiar.

A Tabela 1 mostra que o maior nível de escolaridade concluído pelas pesquisadas foi o ensino médio (70%) e o menor nível o ensino fundamental (10%). Esse resultado também é previsto pelo IBGE (2010), segundo o qual, aproximadamente 66% das mulheres em idade fértil cursaram ao menos o ensino fundamental completo e entre essas mulheres, o grupo etário de 20 a 29 anos concentra a maior taxa de fecundidade. Para Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), a escolaridade materna exerce influencia sobre diversos aspectos do ciclo gravídico-puerperal, entre eles, a compreensão da mulher com relação às orientações oferecidas pelos profissionais de saúde no pré-natal e no momento do parto. Conforme George (2000), a enfermagem humanística vê o ser humano com capacidade para a saúde, independentemente de seu estado social, porém o melhor nível de escolaridade facilita a interação no relacionamento estabelecido entre enfermeiro e paciente.

Com relação ao estado civil das mulheres, metade declarou viver em união oficial (50%), quatro em união estável (40%) e uma declarou ser solteira (10%) (Tabela 1). Observa-se que a maioria delas apresentou uma situação conjugal favorável à vivência do processo de nascimento, pois segundo Perdomini (2010), a presença do companheiro no momento do parto constitui importante fator de satisfação da mulher com a experiência de dar à luz. De acordo com Oliveira e outros (2003), na Teoria de Paterson e Zderad o *estar bem* e o *estar melhor* dos seres humanos envolvidos pode estar facilitado quando há uma boa situação conjugal.

As participantes relataram como atividades de trabalho dona de casa (30%) e outras profissões (70%) sendo elas: artesã (10%), autônoma (10%), camareira (10%), cozinheira (10%), empresária (10%), fiscal de caixa (10%) e gerente de loja (10%) (Tabela 1), ou seja, a maioria das mulheres exerce atividades profissionais fora do lar e passa a ter menos filhos e com uma idade mais elevada.

Segundo Tornquist (2003), o nível sócio-econômico da mulher influencia os valores atribuídos por ela à experiência de parir, sendo um nível sócio-econômico maior, associado à autonomia e participação da mulher no processo de parturição. Ao assumir uma postura ativa, a mulher permite a condição de *vir-a-ser*, que conforme George (2000) é prevista pela Teoria Humanística como possibilidade para *estar melhor*.

Quanto à procedência das participantes, 50% residem em Florianópolis Capital, 40% na Grande Florianópolis e 10% em outro município (Imbituba) (Tabela 1). O HU-UFSC, localizado em Florianópolis, atende além da comunidade local demais municípios do Estado de Santa Catarina. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2012).

Com relação aos antecedentes obstétricos, 50% das mulheres são primíparas, ou seja, deram a luz pela primeira vez e 50% são múltiparas. Dentre as múltiparas, quatro (40%) já tinham um parto anterior e uma (10%), três partos anteriores. Houve história de aborto em duas participantes (20%) (Tabela 1). Assim, 50% das pesquisadas já tinham experiências anteriores de parto e 50% vivenciaram o processo de nascimento pela primeira vez. Segundo Dias (2006), as mulheres criam suas expectativas em relação ao parto principalmente a partir de experiências anteriores, de materiais educativos e conversas com outras mulheres. De acordo com George (2000), o ser humano encontra significado para a sua existência no partilhar das experiências de vida. A enfermagem humanística só é possível na interação que envolve o compartilhamento e o reconhecimento da experiência humana.

5.2 O SIGNIFICADO DO SUPORTE PROFISSIONAL

Para a análise e discussão dos dados a respeito do significado do suporte profissional no TP e parto para as puérperas, foi utilizado o método de análise de conteúdo de Delgado e Gutiérrez (1994 apud APPOLINÁRIO, 2009). Seguindo esse método, as perguntas norteadoras da entrevista semi-estruturada deram origem a 12 categorias temáticas e algumas subcategorias que foram extraídas a partir das falas das puérperas.

- **1ª Categoria temática: Prática de atividades físicas na gestação e participação em grupo de gestantes.**

Quanto à prática de atividades físicas na gestação, a maioria (60%) das mulheres praticaram caminhada, Yoga e hidroginástica e 40% não alteraram seu padrão de atividade física por conta da gestação. O que pode significar que as mulheres compreendem a importância da manutenção de uma boa condição física e mental, favorecendo uma postura ativa tanto para a gestação quanto para o parto. Participar de grupo de gestantes significa empoderamento físico e espiritual para receber o bebê.

“Caminhada”. (Água Marinha). “Yoga e hidroginástica, até o final”. (Alexandrita). “Bastante caminhada, eu caminhei na verdade os nove meses, todo dia uma caminhada de trinta, quarenta minutos”. (Ametista). “Caminhava diariamente”. (Safira). “Sim, yoga, até os nove meses”. (Sodalita). “Caminhada até o sétimo mês”. (Turmalina). “Não, caminhada normal”. (Ágata). “Não”. (Amazonita).

O preparo físico para o parto, de acordo com Brasil (2001), favorece uma postura ativa da mulher no TP e parto, com maior adesão aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, elevando a satisfação com a experiência da parturição.

Apenas uma (10%) puérpera disse ter participado de grupo de preparação para o parto e nove (90%) disseram não terem participado, em contra partida pode-se perceber que apesar de não terem frequentado grupo para gestantes muitas delas realizaram caminhada, Yoga e hidroginástica, se preparando para o parto de uma forma mais sutil e talvez menos intensa do que a que participou.

“Sim [...] eram coisas que eu nem imaginava, foi algo completamente novo pra mim e me ajudou a preparar meu corpo, a preparar meu espírito pra receber meu filho”. (Sodalita).

A preparação da gestante para o parto consiste no oferecimento de informações, no seu preparo físico e psíquico, a fim de que a experiência da parturição seja vivenciada com maior tranquilidade e participação da mulher. (BRASIL, 2001).

A Maternidade do HU-UFSC oferece cursos de preparação para o parto e incentiva a mulher ser protagonista no processo de parturição. (TORNQUIST, 2003).

A Enfermagem humanística acredita que a mulher espera ser envolvida no seu próprio cuidado e nas decisões que o envolve. (MELEIS 1985 apud OLIVEIRA et al., 2003).

• **2ª Categoria temática: Motivo da escolha da Maternidade do HU-UFSC para ter o parto.**

Como motivos para a escolha da Maternidade do HU-UFSC aparecem: humanização da assistência, opção pelo parto de cócoras, satisfação com experiência anterior de parto na Maternidade, referências de bom atendimento e realização de pré-natal já na instituição. Pode-se observar que os significados que emergiram dizem respeito à qualidade da assistência oferecida na Maternidade, no sentido de ser uma referência ao cuidado humanizado.

“Pela humanização que é divulgada [...]”. (Alexandrita). “Porque eu queria um parto humanizado”. (Sodalita). “[...] pela divulgação desse sistema de parto humanizado”. (Turmalina).

“[...] principalmente também pela opção do parto de cócoras [...]”. (Alexandrita).

“Porque eu tive a primeira aqui e gostei muito”. (Ametista).

“[...] por dica de outras mães que me falaram muito bem”. (Alexandrita).

“Porque eu tive relatos de outras mulheres que tiveram aqui e falaram que foram muito bem atendidas”. (Nefrita). “Boas referências”. (Praziolita). “Foi a melhor opção que eu escutei”. (Safira).

“A minha gestação toda eu acompanhei por aqui, fiz todo o pré-natal por aqui por ser de alto risco”. (Amazonita).

A Maternidade do HU-UFSC é referência em atendimento humanizado, estando institucionalizadas várias rotinas que fazem parte do ideário da humanização, entre elas a opção pelo parto vertical, amplamente incentivado pela equipe de enfermagem (TORNQUIST, 2003). Para Brüggemann e outros (2011), a operacionalização da filosofia assistencial dessa Maternidade, centrada na humanização, responde pela grande satisfação das suas usuárias.

Nesse contexto, a enfermagem humanística se faz presente no diálogo vivo entre enfermeiro e paciente, objetivando o *bem estar* e o *estar melhor* deste que recebe a assistência de enfermagem. (GEORGE, 2000). Conforme Meleis (1985 apud OLIVEIRA et al., 2003, p. 16), para a Teoria Humanística “todos os atos da Enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e de morte”.

- **3ª Categoria temática: Nível de dor/desconforto no momento da admissão no CO.**

Com relação ao nível de dor/desconforto no momento da admissão no CO, surgiu ausência de dor/desconforto, dor/desconforto leve, moderado e forte, ou seja, a presença de percepção dolorosa/desconforto surge como um significado no processo fisiológico do TP para a maioria das puérperas por terem tido essa vivência.

“Ele foi induzido, então eu cheguei bem, sem dor”. (Nefrita).

“Baixo, eu cheguei cedo, tava com algumas contrações, mas era tranqüilo, tava bem tranqüilo”. (Alexandrita); “Era leve”. (Praziolita). “Pouco”. (Safira).

“Médio”. (Sodalita).

“[...] a dor era bastante forte”. (Ametista). “Era forte, bastante”. (Amazonita).

“Meu nível de dor e desconforto era alto [...]”. (Turmalina).

A dor é um importante sinal do início do TP e é considerada insuportável para a maioria das mulheres, sendo que seu alívio pode ser através de uma abordagem não farmacológica, parte integrante de uma assistência humanizada (BRASIL, 2001). Segundo Tornquist (2003), no CO do HU-UFSC, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor é uma realidade. Correlacionando com a Teoria Humanística, essa prática colabora com a meta da Enfermagem, que consiste em um maior *bem estar* acrescido àquele que recebe o cuidado de enfermagem. (MELEIS 1985 apud OLIVEIRA et al., 2003).

- **4ª Categoria temática: Presença de acompanhante.**

A presença de um acompanhante é um direito de todas as mulheres que têm o parto assistido nos serviços do Sistema Único de Saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Todas as pesquisadas tiveram um acompanhante de sua escolha desde a admissão no CO até a saída da Maternidade, sendo o companheiro representado por 80% dos acompanhantes. No estudo de Brüggemann e outros (2011) nessa mesma Maternidade, a grande maioria das mulheres pesquisadas também contou com um acompanhante durante a permanência no CO.

O significado de ter um acompanhante de sua escolha no TP mostra que as mulheres querem alguém da sua referência ao seu lado e em especial neste estudo foi o companheiro, para compartilhar um momento tão especial que é o nascimento de um filho, assim como estão exercitando sua cidadania.

“Sim, minha mãe”. (Ágata). “Sim, madrinha do bebê”. (Água Marinha). “Tive, meu companheiro”. (Alexandrita). “Sim, meu esposo”. (Ametista). “Sim, marido”. (Amazonita). “Tive, marido”. (Nefrita). “Sim, marido”. (Praziolita). “Marido”. (Safira). “Sim, meu marido”. (Sodalita). “Sim, tive, meu esposo”. (Turmalina).

O bem estar da mulher, meta da enfermagem humanística, para a OMS (1996) inclui o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o TP e parto.

- **5ª Categoria temática: Apoio emocional dos profissionais de saúde no trabalho de parto e parto.**

Todas as participantes disseram ter recebido dos profissionais de saúde apoio emocional no TP e parto, significando que esse cuidado está presente e foi importante na assistência recebida na Maternidade.

“Sim”. (Ágata). “Sim, o pessoal foi muito bom, maravilhosos”. (Água Marinha). “Recebi”. (Alexandrita). “Sim, foram todos muito atenciosos, todos eles foram de bastante participação”. (Ametista). “Tive, tive muito [...], a parte que eu mais gostei foi do estímulo”. (Nefrita).

Ao oferecer apoio emocional o profissional estabelece com a parturiente/puérpera um vínculo que permite reconhecer a sua individualidade e as suas necessidades. (BRASIL, 2001). A enfermagem humanística pressupõe que “intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem estar”. (MELEIS 1985 apud OLIVEIRA et al., 2003, p. 16).

Neste estudo, os profissionais que ofereceram apoio emocional no TP foram: enfermeiros, médicos e a equipe de enfermagem (técnicos/auxiliares), com destaque para os profissionais da enfermagem. Isso nos mostra que a equipe de saúde presta apoio, esta é uma premissa da filosofia da maternidade do HU.

“[...] os enfermeiros [...]. (Alexandrita). “Enfermeiro”. (Safira). “Principalmente da equipe de enfermagem”. (Sodalita). “Médicos, enfermeiros, todos aqui do HU me atenderam muito bem”. (Ágata). “Deviam ser enfermeiras e tinha uma chefe junto, muito boa, foi ela que fez o parto”. (Água Marinha).

Os profissionais de enfermagem foram os que mais prestaram apoio emocional às participantes no TP e parto, visto serem mencionados por todas elas, o profissional médico também foi citado por 50% delas, que se referiam ao médico e enfermeiro. A presença ativa do enfermeiro no cuidado à mulher é um preceito da Teoria Humanística que se revelou neste estudo. (MELEIS 1985 apud OLIVEIRA et al., 2003).

No estudo de Brüggemann e outros (2011) nessa mesma Maternidade, uma minoria recebeu atendimento de pessoas que não se apresentaram o que na opinião das mulheres pesquisadas no referido estudo, constituiu fator de insatisfação com o atendimento.

- **6ª Categoria temática: Sentimentos das parturientes/puérperas em relação ao apoio emocional.**

Os sentimentos apresentados pelas parturientes/puérperas com o apoio emocional recebido no TP e parto por profissionais que as atenderam foram de alívio da ansiedade e da dor, aumento de conforto, relaxamento e acolhimento, significando que o apoio emocional foi um cuidado fundamental para o bem estar destas mulheres.

“Muito bem, muito melhor, eu tava muito nervosa e eles me tranquilizaram bem”. (Ágata). “Muito bem, ajudou a ficar mais calma [...]”. (Água Marinha). “Me senti bem, me ajudou a aliviar a dor nesse momento”. (Praziolita). “Me senti bem, me senti confortável”. (Amazonita). “Muito bem, eu relaxei apesar da hora ser dolorida eu consegui relaxar [...]”. (Nefrita). “Bem, me senti apoiada, assistida, me senti bem”. (Alexandrita). “Bem acolhida, fui muito bem acolhida, [...]”. (Ametista). “Eu vou até chorar (choro). Muito bem, muito bonito o jeito que eu fui tratada por todas as enfermeiras, especialmente uma, ela ficou comigo e se não fosse ela eu não ia ter conseguido. Ela só com muito amor, muito carinho, só me incentivou, ela falou coisa boa, ela me tocava, ela me deu massagem, ela me fez carinho, sem palavras assim, ela era de uma sensibilidade tão especial que foi bem bonito”. (Sodalita). “Eu considero que foi primordial, foi um trabalho bem feito, eu me senti assistida [...] se não fosse o suporte do grupo de enfermagem, do meu acompanhante que não deixou de ficar no meu lado nem por um minuto [...] talvez fosse mais difícil do que já foi”. (Turmalina).

Segundo a OMS (1996), estudos mostram que o apoio emocional é considerado reconfortante e diminuiu consideravelmente a ansiedade e a sensação da mulher de ter tido um parto difícil. Correlacionando com a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979), a enfermagem acontece no relacionamento existencial entre enfermeiro e parturiente/puérpera, no qual, o apoio emocional mostra-se um cuidado fundamental para o bem estar desta.

- **7ª Categoria temática: Técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto.**

- 1ª Subcategoria: Banho de aspersão (terapêutico) no trabalho de parto.

Todas as participantes foram encaminhadas para banho de aspersão (terapêutico) no TP e conseguiram identificar quem realizou esse cuidado. Os profissionais de enfermagem foram mencionados por 80% das puérperas e o profissional médico por 30%. O banho de aspersão foi bem aceito pelas mulheres, significando que o banho terapêutico é promovedor de efeito relaxante e de alívio da dor, humanizando a assistência.

Encaminhada ao banho de aspersão:

“Sim, umas três a quatro vezes”. (Ágata). “Fui, deixaram a minha escolha, mas falaram que seria muito bom, que me ajudaria na dilatação, mas ficou a minha escolha, duas vezes eu fiquei embaixo do chuveiro”. (Alexandrita). “Sim, fui na bola embaixo do chuveiro que ajudou bastante a minha filha nascer mais rápido, três vezes”. (Ametista).

Quem realizou o encaminhamento:

“A enfermeira que tava no local”. (Água Marinha). “Enfermeira”. (Alexandrita). “Enfermeiro, médico”. (Safira). “A médica”. (Nefrita). “Foi o médico”. (Praziolita).

Efeitos do banho terapêutico:

“Muito bem, bem melhor, foi relaxante, muito bom”. (Ágata). “Aliviou muito, relaxou”. (Nefrita). “Muito bom, alivia, nossa, relaxa bastante”. (Praziolita). “[...] ele me deu mais energia, eu tava muito cansada e eu me senti melhor”. (Sodalita). “Muito bom, aliviou as dores com a água batendo nas costas, foi ótimo”. (Água Marinha). “Bem mais confortável, aliviava bastante as dores e as contrações eram bem mais tranquilas embaixo da água”. (Ametista).

Assim como no estudo de Gayeski (2009), o banho quente de aspersão proporcionou bem estar, tendo grande aceitação pelas parturientes.

- 2ª Subcategoria: Orientação profissional para caminhar e fazer mudanças de posição no trabalho de parto.

Quanto às orientações profissionais para caminhar e fazer mudanças de posição durante o TP, 90% das participantes disseram ter recebido e 10% não, em razão da sua rápida evolução no TP. 90% das participantes, que receberam esse cuidado, disseram ter recebido de profissionais de enfermagem e 20% disseram também ter recebido de profissional médico. Como benefícios desse cuidado, citados pelas pesquisadas aparecem: efeito relaxante, alívio da dor e favorável à evolução do TP.

Estímulo profissional para caminhar e alternar posições no TP:

“Sim”. (Ágata). *“Também, todas as coisas, até no espaço ali que a gente fica durante o trabalho tem informes na parede que vão orientando as posições que tu pode tomar [...]”*. (Alexandrita). “Sim, bastante, caminhei bastante no corredor”. (Ametista). “Sim, o tempo todo, não me deixaram ficar só deitada, me mandaram andar, agachar”. (Nefrita).

Que profissionais realizaram as orientações:

“O enfermeiro também”. (Ágata). “As enfermeiras”. (Amazonita). “Por indicação da enfermeira e do médico, falaram que quanto mais eu caminhava mais rápido seria”. (Ametista). “O médico e os enfermeiros”. (Praziolita).

Benefícios da caminhada e da alternância de posição no TP:

- “Me senti melhor, mais relaxada”. (Praziolita).

- “Bem, eu tava com muita dor, me senti bem, muito bem, aliviava bastante”. (Ágata). “Depende do momento, no começo é ótimo, no começo das contrações é muito bom ficar fazendo os exercícios, te ajuda bastante, quando está chegando perto do final, nas últimas horas, que a dor é muito mais intensa, tu não consegue fazer nada durante a dor, então eu respirava muito, respirava muito fundo e respirava e daí nos intervalos eu fazia alguns exercícios, mas enquanto eu sentia dor não existia nada que aliviasse só respirar fundo mesmo”. (Alexandrita). “O tempo passou mais rápido e também as contrações se tornaram mais tranquilas, menos sofridas”. (Ametista). “É legal, eu senti que a caminhada estimulava a minha contração e a ter mobilidade pra passar a dor do jeito que meu corpo quis, isso foi muito bom. Quando eu tinha que ficar na cama pra fazer algum exame, alguma coisa, foi horrível, um pesadelo mesmo, então bem legal”. (Sodalita).

- “Foram boas, foram bem produtivas em relação à evolução do trabalho de parto”. (Amazonita). “Foi mais rápido pro parto, contribuiu bastante para a dilatação, ajudou bem [...]”. (Nefrita).

Os efeitos percebidos pela maioria das participantes com relação à caminhada e as mudanças de posição, são semelhantes aos encontrados num estudo apresentado pela OMS (1996), que mostra que as frequentes mudanças de posições verticalizadas fazem com que o TP seja percebido como menos doloroso para a parturiente.

A enfermagem humanística vê o ser humano com potencial para a saúde. (GEORGE, 2000). Direcionando para o presente estudo, esse potencial é explorado com os estímulos às caminhadas e frequentes mudanças de posições verticalizadas.

- 3ª Subcategoria: massagem no trabalho de parto.

Com relação à massagem no TP, 70% das participantes receberam dos profissionais ou de seus acompanhantes com orientação profissional. Esse cuidado foi realizado em 50% por profissionais de enfermagem, 20% por profissional médico e 30% não receberam nenhuma orientação. A massagem também proporcionou bem estar para as mulheres que a receberam, devido o seu efeito relaxante, de alívio da dor, melhor percepção e controle do corpo, reforça a relação afetiva com o companheiro, reforça o vínculo profissional-mulher no TP. As que não receberam esse cuidado foram privadas destes benefícios pelos profissionais.

Receberam massagem dos profissionais ou foi orientado o acompanhante a fazer:

“Sim”. (Ágata). “Foi orientado meu marido a fazer”. (Amazonita). “Sim, orientou meu companheiro pra fazer massagem, pra incentivar”. (Turmalina).

“Não, a gente até fez, o meu parceiro me ajudou bastante, fez massagem nas minhas pernas, mas isso porque eu aprendi na yoga e aí fui pedindo pra ele fazer, fui orientando ele nos picos de dor, mas nenhum profissional fez”. (Alexandrita). “Não”. (Safira).

Quais profissionais realizaram massagem ou orientaram o acompanhante fazer:

“Uma enfermeira fez e orientou minha mãe fazer”. (Ágata). “A enfermeira que tava acompanhando”. (Nefrita). “A própria médica fez uma massagem com óleo nas minhas costas que aliviou bastante”. (Ametista). “O médico”. (Praziolita).

Sensações em relação à massagem:

“Eu me senti muito bem, ajuda bastante, não só pra aliviar a dor, acho que não tem muita coisa para se fazer que realmente alivie a dor, tem coisas que nos deixa mais no controle da dor, no controle do próprio corpo e da própria respiração, mas pra aliviar a dor de fato acho que não há nada”. (Alexandrita). “É muito bom, muito relaxante, ela mostrou como tinha que fazer, meu marido fez, muito bom”. (Nefrita).

“Foi maravilhoso, foi relaxante, foi um estímulo a continuar, me deu mais energia e parece que soltava o meu corpo também, porque quando vinha a contração eu queria segurar, eu via que no começo, principalmente, a minha perna fechava em vez de abrir e com a massagem eu conseguia me permitir e ir além daquilo que queria fechar e me abri”. (Sodalita).

“Bem, é bom, eu senti o contato, da própria massagem fazer relaxar, senti o contato de uma pessoa, no caso ainda o meu esposo, foi muito bom, além de relaxante foi incentivador, é bom se sentir acariciada num momento difícil, eu me senti mais próxima dele naquele instante, acho que ele pôde também sentir um pouco do que eu tava sentindo através desse tipo de massagem, foi bem legal”. (Turmalina). “Bastante confortável, aliviou na hora assim

bastante e eu gostei bastante da parte dela, ter assim iniciativa de tentar aliviar a minha dor”. (Ametista). “Aliviou e me deixou mais confortável, as contrações não ficaram tão doloridas”. (Amazonita).

Como em outros métodos não farmacológicos de alívio da dor, a massagem requer a supervisão de um profissional, para que seja realizada adequadamente e produza os efeitos desejados, pois de acordo com Gallo e outros (2011), o tipo de toque e a sua localização devem variar entre as contrações e os seus intervalos.

- 4ª Subcategoria temática: Utilização da bola suíça no trabalho de parto.

Sobre a utilização da bola suíça no TP, 80% das mulheres receberam orientações dos profissionais para usá-la. Destes profissionais, 70% eram de enfermagem, 30% médico e 20% das mulheres não receberam orientações. As participantes que utilizaram a bola sentiram-se mais relaxadas, com menos dor, relataram que quando associada a outro método como banho e massagens o efeito é ótimo, confortável e que faz auxílio mecânico na descida do feto.

Foram estimuladas a usar a bola suíça por profissionais:

“Sim”. (Ágata). “Fui, até comentei dela, no momento do banho que a usei”. (Alexandrita).

Não foram estimuladas a usar a bola suíça:

“Não”. (Água Marinha). “Não”. (Safira).

Profissionais que estimularam a utilização da bola suíça no TP:

“A mesma enfermeira que me indicou ir embaixo do chuveiro”. (Ametista). “Enfermeira”. (Amazonita).

“Uma enfermeira e médico também, veio uma médica também dizer”. (Ágata). “A médica”. (Nefrita).

Sensações em relação à utilização da bola suíça no TP:

“Bom, como eu comentei, não há nada que alivia a dor efetivamente, mas é muito bom, os exercícios que tu pode tá fazendo nela e como tu vai estendendo o teu corpo, é muito bom”. (Alexandrita). “Me senti melhor, mais relaxada”. (Praziolita).

“Bastante confortável, uma sensação diferente onde você descansava e relaxava e as contrações, a dor era menor”. (Ametista).

“A bola também ajuda, além de aliviar ajuda a descer, a passar mais rápido”. (Amazonita). “Acho que foi o que mais aliviou a dor, a bola durante o banho”. (Nefrita).

O alívio da dor, apresentado pelas participantes que utilizaram a bola suíça no TP, conforme Silva e outros (2011) resulta da ação produzida nos músculos do assoalho pélvico, com o balanceio da mulher sob a bola na posição sentada.

- 5ª Subcategoria temática: Utilização do assento ativo (cavalinho) no trabalho de parto.

O assento ativo (cavalinho) foi utilizado por 60% das participantes, 40% incentivadas por profissionais de enfermagem, 10% por profissional médico e 10% utilizou o assento ativo por conta própria, seguindo as orientações contidas em um cartaz presente no local do pré-parto. Porém, 40% não tiveram acesso a essa informação. Esse método não farmacológico de alívio da dor foi considerado efetivo para 50% das participantes, tendo as ajudado a relaxar e aliviar a dor, manter o autocontrole. Apenas 10% referiu não sentir efeito com o uso do cavalinho.

Foram estimuladas por profissionais a usar o assento ativo:

“Fui sim, e é bom também, é muito bom”. (Alexandrita). *“Sim”.* (Turmalina).

Não foram apresentadas a este método:

“Não, não usei, não cheguei a ver”. (Ágata). *“Não, só fui pro banho, porque não teve necessidade das outras coisas, até porque não demorou tanto”.* (Água Marinha). *“Não, esse não”.* (Ametista). *“Não, esse eu não cheguei a usar”.* (Nefrita).

Quais profissionais estimularam a utilização do assento ativo:

“Pela mesma enfermeira que me acompanhou, teve uma em especial que me acompanhou em todo o trabalho, ela tava de plantão e aí ela foi me ajudando, foi super bacana”. (Alexandrita). *“Enfermagem, enfermeira”.* (Amazonita). *“A médica”.* (Safira). *“Na verdade meu esposo que me colocou naquele cavalinho, tava na bola e ele viu o cavalinho, tem um painel ali no pré-parto onde tem a especificação pra que serve o cavalinho. Ele leu e viu que se encaixava naquelas coisas que eu estava sentindo e me colocou no cavalinho e foi bem bom também”.* (Turmalina).

Sensações em relação à utilização do cavalinho:

“Não alivia, como eu já comentei, te ajuda a relaxar, e aí tu vai controlando melhor a tua respiração, vai controlando melhor o corpo e se autocontrolando, mas não alivia efetivamente a dor”. (Alexandrita). *“Me senti melhor, bem mais relaxada”.* (Praziolita). *“Bem, relaxada”.* (Safira). *“Foi o melhor jeito quando eu tomei ocitocina e as contrações ficaram muito violentas, foi o único jeito que eu consegui ficar, no cavalinho”.* (Sodalita). *“A dor nas costas me aliviou, era um outro jeito que eu tinha de me movimentar, eu comecei a fazer movimento com as pernas, era uma outra maneira de me exercitar, as dores nas costas me aliviaram bastante”.* (Turmalina). *“Eu não gostei, porque não, pra mim não, ficou mais dolorido, não adiantou nada”.* (Amazonita).

Para Gallo e outros (2011), o assento ativo tem ação semelhante à bola suíça, incentivando a posição vertical e a movimentação da parturiente no TP.

- 6ª Subcategoria temática: Exercícios respiratórios durante as contrações.

Com relação à orientação profissional para realizar exercícios respiratórios durante as contrações, 90% das participantes disseram receber, sendo que 10% já havia recebido essa orientação na gestação. Esse cuidado foi realizado 50% por profissionais médicos e 40% por profissionais de enfermagem. Os exercícios respiratórios durante as contrações surtiram efeito para 80% das mulheres, com alívio da ansiedade e da dor, apenas 10% relatou não ter sentido efeito. Significando que a utilização da respiração no TP ajuda a mulher a centrar-se, concentrar-se, com efeitos positivos na evolução do TP.

Receberam orientação profissional para realizar exercícios respiratórios durante as contrações:

“Sim, eles explicaram certinho como teria que fazer as respirações”. (Ametista). “Recebi”. (Amazonita). “Recebi do meu professor de yoga, ele que me deu as principais orientações e ensinou muitas respirações e vários exercícios que me ajudaram bastante”. (Alexandrita). “Não, não deu tempo”. (Água Marinha).

Quais profissionais fizeram essa orientação:

“A própria médica, somente ela”. (Ametista). “Pelos médicos”. (Praziolita). “Foi a médica”. (Safira). “Esse foi o médico, que sugeriu uma maneira de respirar”. (Turmalina).

“Foi os enfermeiros”. (Amazonita). “Com a enfermeira, ela ficou em cima o tempo todo pra mim fazer direitinho”. (Nefrita). “Médicos e enfermeiros”. (Ágata).

Sensações em relação à utilização de exercícios respiratórios para aliviar a dor:

“Relaxava mais o corpo e onde me sentia melhor”. (Ametista). “Foram bons porque ajudam a gente manter a calma”. (Amazonita). “Eles são essenciais eu acho, os exercícios respiratórios, ajuda mesmo a gente, da intensidade da dor e tu vai aprendendo a respirar em cima daquilo e te ajuda bastante”. (Alexandrita). “Me senti bem melhor”. (Praziolita). “Também me salvou quando a ocitocina pegou, só respirando pelo nariz e soltando pela boca, e ela falava, foi essa mesma enfermeira que eu falei no começo, ela foi a única que me orientou, e ela falava de novo, de novo, de novo, e isso foi muito importante porque eu esquecia na hora e aí ela falava respira pelo nariz e solta pela boca, respira pelo nariz e solta pela boca”. (Sodalita). “São positivos também, naquele momento toda ajuda é válida”. (Turmalina). “Na verdade eu senti muita dor, pra mim não adiantou muito não”. (Nefrita).

Os exercícios respiratórios no TP e parto, segundo Gallo e outros (2011), ajudam no controle da dor, da ansiedade e melhoram a oxigenação sanguínea da parturiente.

Em resumo, todos os métodos não farmacológicos de alívio da dor oferecidos durante o TP, contribuíram para o *bem estar* e o *estar melhor* da parturiente/puérpera, conforme identificado na maioria das falas das participantes a respeito de como se sentiram com cada método não farmacológico de alívio da dor utilizado. Segundo Oliveira e outros (2011), a enfermagem humanística é uma

relação inter-humana comprometida em nutrir o *bem estar* e o *estar melhor* da pessoa que necessita do cuidado de enfermagem.

- **8ª Categoria temática: Respeito às escolhas da mulher no trabalho de parto.**
- 1ª Subcategoria temática: Respeito às escolhas da mulher quanto à posição do parto.

Das participantes, 80% foram respeitadas pelos profissionais na escolha da posição do parto, porém, 10% referiu ter encontrado resistência dos profissionais, 10% não foi respeitada e 10% não foi incluída nesta categoria porque teve o bebê já no quarto de pré-parto. Estes resultados mostram que o respeito à escolha da mulher é fundamental para ela, pois quando isso não acontece há uma frustração e em especial com relação à instituição, por ter uma filosofia implementada e que não é seguida por alguns profissionais.

Respeito ao desejo da mulher quanto à posição do parto:

“Sim”. (Ágata). “Completamente”. (Alexandrita).

“Sim, todos, o que eles me ofereceram que eu não quis fazer foi respeitado”. (Ametista). “Sim, mas teve um momento que eu tive que ser bem firme no período expulsivo, pouco antes de ir pra sala de parto. A equipe médica que tava de plantão era bem tradicional posso dizer, e eles queriam me deixar na cama de qualquer maneira [...]”. (Sodalita).

“Não, não foram respeitados, inclusive eu tinha o interesse de fazer o parto natural, porém, como haviam optado por parar as contrações devido a minha idade gestacional, ofereceram a tal da indução. A gente como leigo não tem a noção do que seria isso, uma indução, o que eu tinha na minha cabeça é que mesmo assim eu ainda teria um parto natural. Ao decorrer do procedimento eu vi que o parto natural induzido é um parto totalmente artificial, um parto que de natural não tem nada, aonde a mulher sofre por uma coisa que não é certa, não garante nada que ela vá ter um parto natural [...]. E chegou um momento que eu pedi pra que não fosse mais induzido, que eu não gostaria mais que colocasse soro enfim, gostaria de retroceder com aquele procedimento e me foi dito que aquilo fazia parte do pacote que foi oferecido e que se eu não fosse até o final eu teria que ir embora do hospital. (Turmalina).

Esse resultado mostra que ainda são encontradas dificuldades na operacionalização do protocolo assistencial da Maternidade, que de acordo com Brüggemann e outros (2011), deve propiciar a parturiente a escolha da posição vertical ou horizontal no parto normal. Segundo Tornquist (2003), na percepção de

enfermeiras do CO do HU-UFSC e de parturientes/puérperas atendidas, nem todos os profissionais são adeptos do parto vertical, principalmente médicos.

A Teoria Humanística identifica o ser humano como tendo liberdade e responsabilidade pelas suas escolhas, encontrando sentido para a vida no relacionamento com outros, sendo assim, “enfermeiros e mulheres convivem, eles são independentes e interdependentes”. (MELEIS 1985 apud OLIVEIRA et al, 2003, p. 16).

- 2ª Subcategoria temática: Respeito às escolhas da mulher quanto à utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Todas as puérperas tiveram seus desejos respeitados quanto à utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP, significando que não lhes foram impostos métodos que não desejavam. Levando-nos a inferir que o respeito às opções das mulheres é fundamental para uma experiência positiva de parturição.

Respeito à escolha dos métodos não farmacológicos:

“Sim”. (Ágata). “Completamente [...]”. (Alexandrita). “Não obrigaram a nada, só orientaram o que era melhor pra mim”. (Nefrita). “Sim, tudo foi respeitado”. (Praziolita). “Não, não foi nada imposto, até porque naquele momento tudo que for pra ajudar a gente vê com bons olhos e não tem porque não querer”. (Turmalina).

O reconhecimento da dor pelos profissionais apenas em sua dimensão orgânica resulta em imposição e violência na assistência. (TORNQUIST, 2003). A enfermagem humanística reconhece o ser humano como sendo a única manifestação do seu passado, presente e futuro, tendo necessidade de oportunidades para fazer suas próprias escolhas. O papel da enfermagem é aumentar a possibilidade de serem feitas escolhas responsáveis. (GEORGE, 2000).

- 3ª Subcategoria temática: Respeito à escolha da parturiente/puérpera ao contato pele a pele com o recém-nascido logo após o nascimento:

Os recém-nascidos (RN) de 70% das puérperas ficaram junto delas logo após nascerem, porém, o tempo de permanência de no mínimo 30 minutos não foi respeitado e a justificativa foi tirar o RN para o banho ou procedimentos de rotina.

Para estas mulheres que tiveram seus bebês no colo surgiram sentimentos de felicidade, proximidade com o bebê, estímulo à amamentação. Enquanto que 30% que não tiveram contato pele a pele demonstraram nitidamente uma frustração, uma lacuna no fechamento do processo do parto/nascimento no qual o tão esperado momento de coroação que é pegar o bebê no colo, se transforma em um vazio existencial, gerando ansiedades e medos do que possa acontecer nesse futuro próximo.

Foram respeitadas:

“Logo botaram junto comigo”. (Ágata). “O bebê ficou junto de mim, foi muito bom, foi uma sensação que eu não tinha sentido dos outros partos ainda, nunca tinham colocado o bebê junto de mim, foi a primeira vez, deve ter ficado mais ou menos uns cinco minutos e levaram ele pro banho”. (Água Marinha). “Ficou comigo, foi posto no meu colinho, uma delícia, foram alguns minutinhos, até ele não quis mamar também, então alguns minutinhos, ele foi pro banho e logo em seguida ele voltou pertinho de mim”. (Alexandrita). “Ficou comigo, nasceu e logo em seguida já começou a mamar, ficou uma hora e meia”. (Ametista). “Sim, ficou acho que uns vinte minutos, depois levaram ele pra fazer os procedimentos”. (Amazonita). “Ficou, deixaram uns vinte minutos comigo”. (Nefrita).

Não foram respeitadas:

“Primeiro ela foi pra incubadora e depois trouxeram pra mim”. (Safira). “Não, eles não me deram meu bebê. Um dos residentes pediu pra participar e ele tirou o bebê errado, aí ele tomou uma bronca da médica na minha frente, eu sei que ele puxou a cabeça do bebê pro lado errado. E aí não sei, por isso e por meu parto ter durado muito, eu pedi muito pra eles me darem o bebê, eles não me deram”. (Sodalita). “O meu bebê não ficou comigo após nascer, porque o último dos procedimentos para o parto pseudonatural e humanizado foi um procedimento de estourar a bolsa através de uma manobra que a médica fez, estourou a bolsa artificialmente, o meu filho encaixou já a cabeça e eu não tinha dilatação pra colocar ele em vida através de parto natural. [...] Meu filho mesmo nascendo de cesariana teve que ser retirado de fórceps, nasceu com várias marcas de roxo, apgar dois, sem respirar tendo que ser praticamente reanimado, então foi uma situação bem difícil [...]”. (Turmalina).

Esse resultado se coaduna com o encontrado no estudo de Brüggemann e outros (2011) nessa Maternidade, no qual a maioria das mulheres também teve contato imediato com o RN após o parto. Esse cuidado é muito significativo para as mulheres, porém falta ainda muita conscientização em relação às boas práticas de cuidado por parte dos profissionais.

O contato pele a pele de mãe e RN imediatamente após o nascimento ajuda a manter o RN calmo e aquecido, fortalece a afetividade e a amamentação precoce. Esse cuidado faz parte dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, implantados nas instituições com titulação de “Hospital Amigo da Criança”. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; OMS, 2009).

Portanto, o contato pele a pele da mãe com o RN deve ser proporcionado sempre que possível na Maternidade do HU-UFSC, segundo Collaço (2002), intitulado “Hospital Amigo da Criança” desde 1997.

- 4ª Subcategoria temática: Respeito à escolha do acompanhante cortar o cordão umbilical.

Das oito (80%) participantes que evoluíram para parto normal, nenhum acompanhante cortou o cordão umbilical, pois esta opção não foi nem lhes oferecida pelos profissionais. Simbolicamente, a família cortar o cordão umbilical é contribuir para maior formação de vínculo afetivo familiar, a sensibilidade profissional neste momento significa ter um olhar para a humanização do processo e quando a expectativa da família é isso o sentimento de decepção e frustração são muito grandes, quando poderiam ser totalmente prevenidos pelos profissionais.

Não respeitado a escolha da família em cortar o cordão umbilical:

“Não, eu acho que ela (médica) tava muito nervosa”. (Ágata). “A acompanhante não cortou o cordão umbilical”. (Água Marinha). “Não, a médica que cortou”. (Ametista). “Não, não pediram, ele não cortou”. (Nefrita). “Eles cortaram o cordão umbilical na hora, não deixaram, eu pedi pra esperar, eles decidiram que era um parto complicado e agiram e não me escutaram, cada vez que eu pedia alguma coisa eles respondiam irritados comigo, então essa parte foi muito frustrante”. (Sodalita).

A Teoria Humanística acredita que o diálogo vivo é modificado quando os significados atribuídos às ações da equipe de saúde não são solidárias ao desejo da família. (GEORGE, 2000).

- 5ª Subcategoria temática: Respeito à escolha da parturiente/puérpera e acompanhante em relação ao familiar participar dos cuidados imediatos com o recém-nascido.

Dos acompanhantes, 80% foram estimulados a participar dos cuidados imediatos com o RN e 20% não. Com a participação da família nos cuidados imediatos com o recém-nascido, muitos significados podem surgir tais como: maior vínculo afetivo familiar, desmistificação de crenças com determinados cuidados, tipo administração de vitamina K que geralmente é compreendido como uma vacina,

diminuição da violência paterna por estar incluso e envolvido com o recém-nascido desde seus primeiros momentos na vida, sentimento de satisfação com o cuidado.

Respeito à participação nos cuidados imediatos com o RN:

“Botaram, convidaram ela pra ir”. (Ágata). “Ele acompanhou sim, foi bem ótimo, muito bom”. (Alexandrita). “Sim, teve participativo e presente o tempo inteiro”. (Ametista). “Ele foi”. (Amazonita). “Sim, ele viu o banho, acompanhou tudo certinho até ele voltar pra mim de novo”. (Nefrita).

Não foram respeitados quanto a participação nos cuidados imediatos com o RN:

“A acompanhante ficou junto comigo, não perguntaram se ela queria ir junto”. (Água Marinha). “Meu filho foi encaminhado direto pra UTI neonatal, [...] o meu marido pode sim compartilhar do trabalho das enfermeiras, não participou de cuidado nenhum”. (Turmalina).

Na pesquisa de Brüggemann e outros (2011), o envolvimento do acompanhante nos cuidados ao RN é destacado pelas puérperas como fator de satisfação com o atendimento.

De acordo com Cruz, Sumam e Spíndola (2007), os primeiros minutos após o nascimento são primordiais para o contato do RN com os pais, porém, é freqüente o RN ser levado imediatamente após o nascimento para a realização de cuidados. A participação do pai nesses cuidados favorece o vínculo afetivo pai-filho.

A partir dessas considerações, o incentivo à participação do acompanhante familiar nos cuidados imediatos ao RN mostra-se importante para o bem-estar da puérpera e, portanto, um cuidado condizente com a percepção de Oliveira e outros (2003), sobre a enfermagem humanística.

• **9ª Categoria temática: Percepção das parturientes/puérperas sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde.**

- 1ª Subcategoria temática: Atenção dos profissionais, a satisfação e insatisfação com o atendimento recebido.

A atenção dos profissionais foi o motivo da satisfação da grande maioria com o atendimento recebido. Significando que a atenção dispensada pela equipe de saúde faz parte do suporte profissional que prima pela humanização do cuidado.

A satisfação com o atendimento:

“Foi nota mil, [...], foi tudo tão bom que eu não sei assim nem te explicar o que eu mais gostei. As enfermeiras muito atenciosas e os médicos também toda hora em cima de mim e o bebê foi bem atendido também, não tenho o

que falar sabe”. (Ágata). “O respeito delas pela gente, muito bom, dessas aqui do CO, delas estarem perto de você, participando, te ajudando, tentando te ajudar a se acalmar, muito bom”. (Água Marinha). “Acho que do hospital o que eu mais gostei dos profissionais mesmo, eles são super atenciosos [...]”. (Alexandrita). “[...] todos os profissionais serem, quase de mesma forma, prestativos em relação ao bom atendimento, me senti bem, bem acolhida aqui no HU”. (Ametista). “Foi a atenção, tudo o que eu planejei acontecer assim aconteceu, o atendimento, a preparação toda foi muito bom”. (Amazonita). “[...] eu achei muito profissionalismo da parte dos médicos, enfermeiros, desde a hora que eu dei entrada até a hora que eu fiquei aqui principalmente, com orientação com a amamentação, muito bem atendida”. (Nefrita). “Eu fui tratada com muito carinho pela equipe de enfermeiros, pela equipe de psicólogos, foi um pessoal que se mostrou incansável, que viu meu sofrimento, de tá ali no lado de minuto a minuto, me incentivando, então esse trabalho foi muito importante”. (Turmalina). “Paciência dos médicos”. (Safira).

A atenção profissional também foi um dos aspectos mais valorizados pelas mulheres durante o atendimento na Maternidade do HU-UFSC no estudo de Santos&Siebert. (2001 apud DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004).

Na acepção da enfermagem humanística, o diálogo vivo envolve a presença, entendida como a qualidade de uma pessoa estar disponível para ajudar outra. (GEORGE, 2000).

A insatisfação com o atendimento:

“Não gostei do atendimento de quando eu cheguei aqui em cima, acho que é emergência da Maternidade, quando elas foram me examinar, você me desculpa a palavra, mas pra mim ela é uma aprendiz de obstetrícia, uma menina muito nova que disse que eu tava com um parto prematuro, eu disse só se eu tiver de onze meses, porque ele estava nas semanas corretas, e ela tanto com ficha minha, com todo meu relatório ali que eu fui atendida aqui no HU, fiz todos os exames, ela ainda diz isso pra mim. A minha sorte foi a professora que chegou com os alunos, ela disse não o líquido amniótico está normal, o parto dela é normal, sem ser prematuro, então assim, eu não gostei do atendimento daquela menina, a médica. A profissional que tava ali, que eu não sei te informar, também foi muito boa, mas a profissional de obstetrícia, que se disse obstetra na hora, quem falou pra mim foi a menina que me atendeu que ela era médica obstetra, ela não se apresentou pra mim, eu não gostei, porque acho que pra você tá falando uma coisa, principalmente pra uma gestante que tá ali tendo rompido sua bolsa e tá com dor, você tem que ter certeza do que você está falando. Você olha pra cara da pessoa e diz que ela vai ter um filho prematuro e você sabe que não é prematuro, que você tá com seu prazo normal, isso eu não gostei”. (Água Marinha).

“Acho que eu já falei não respeitam nosso desejo dele cortar o cordão”. (Sodalita).

“Eu não sou uma pessoa que tem uma formação pra avaliar o tipo de procedimento médico, mas como paciente eu penso que a minha opinião deveria ter sido mais considerada pela equipe médica, eu não digo nem os residentes, mas a equipe de médicos responsáveis, então eu acho que ficou a desejar esse tipo de atendimento”. (Turmalina).

Das participantes, 30% apresentaram insatisfações com algum aspecto do atendimento recebido, e em especial pela equipe médica no sentido de se sentirem desvalorizadas em seus saberes, principalmente com relação à falta de respeito aos seus desejos durante o processo de parturição.

Conforme Oliveira e outros (2003), o diálogo na enfermagem humanística envolve um *chamado* e uma *resposta* tanto do enfermeiro como do paciente, em que a interpretação do *chamado* e da *resposta* é influenciada pela intenção da prática de enfermagem.

A maioria das mulheres (80%) não teve imposição profissional em relação as suas escolhas diante dos cuidados recebidos, significando que muitas se sentiram respeitadas no processo do cuidado, porém, 20% sentiram imposição profissional quando as suas vontades foram infringidas em algum momento da assistência. Isso foi gerador do significado de insatisfação e certa frustração com relação ao cuidado recebido pela equipe de saúde. Não sendo a intenção desse estudo, julgar as circunstâncias em que isso ocorreu.

Não tiveram imposição profissional em relação as suas escolhas:

“Não”. (Ágata). “Não, em nenhum momento”. (Água Marinha). “Não”. (Alexandrita). “Não, jamais, em nenhum instante”. (Ametista). “Não”. (Amazonita). “Nenhum momento, a minha opinião sempre contou muito”. (Nefrita).

Tiveram imposição profissional em relação as suas escolhas:

“Sim, no momento da cama que me deixaram e eu tive que ser bem firme pra eu poder ficar de cócoras, e a enfermeira me apoiou também, eu senti que ela não queria passar por cima da médica, então ela tava bem cuidadosa o tempo inteiro, mas ela me apoiou nessa coisa da liberdade”. (Sodalita).

“Sim, fui. Eu faço alguns trabalhos sociais também, a minha primeira atitude é ouvir a necessidade dessa pessoa e levar em consideração essa necessidade e realmente não foi isso que aconteceu aqui dentro. A minha necessidade e a minha opinião era sempre confrontada pelo procedimento do hospital que eu acho que vai contra esse marketing do parto humanizado. Pra começar o ser humano não é feito de procedimentos, de normas, cada ser humano tem uma maneira específica de pensar, de funcionar, um parto que funciona pra uma mulher pode não funcionar pra mim e eu creio que essas questões de ouvir mais o paciente, isso é ter um atendimento humanizado e isso sim leva em consideração o que a pessoa tá pensando, as necessidades da pessoa, as angústias que a pessoa tem, isso seria um atendimento humanizado”. (Turmalina).

Segundo Brüggemann e outros (2011), a filosofia humanística da Maternidade do HU-UFSC está direcionada para atitudes de respeito às suas usuárias, porém também revela que atitudes contrárias às que são consideradas

humanizantes são uma realidade em muitas maternidades públicas, inclusive as de ensino.

• **10ª Categoria temática: Percepção das parturientes/puérperas sobre orientações a respeito dos cuidados realizados.**

Todas as mulheres pesquisadas disseram ter recebido orientações dos profissionais da equipe que as atenderam sobre todos os cuidados recebidos, revelando que esta forma de apoio emocional é oferecida pelos profissionais de saúde na Maternidade do HU-UFSC, respeitando um princípio de humanização no cuidado.

“[...] foi tudo bem explicado, tudo que elas tocaram em mim, até massagem, elas falavam o que iam fazer”. (Ágata).

“[...] , até os alunos com a professora pediram pra me examinar, sem problema nenhum, como eu já tava ali, então não tinha porque dizer não, então foi muito bom”. (Água Marinha).

“Não, todas as orientações foram bem profissionais e eu acho que nenhuma delas foi só por acaso, sem conhecimento”. (Ametista).

“[...] não recebi cuidados sem orientação”. (Amazonita).

“[...] , em nenhum momento, sempre respeitando o que era, tanto comigo quanto com o neném”. (Nefrita).

“[...] todos os procedimentos foram explicados”. (Turmalina).

Segundo Dias (2006), as mulheres, de um modo geral, vivenciam o TP e parto com medo e ansiedade por não terem certeza sobre nenhuma das questões referentes ao parto, quando recebem orientações sobre o TP e os cuidados realizados podem controlar as questões relativas à assistência, aumentando a satisfação com a experiência.

• **11ª Categoria temática: Percepção das parturientes/puérperas sobre violência institucional.**

Das mulheres pesquisadas, 70% não relataram sofrer violência institucional, porém, 30% relataram ter sofrido algum tipo de violência, como excesso de toque, desrespeito ao tempo da mulher e agressividade de alguns profissionais. O significado da violência fica nítido nas falas das mulheres, pois aparecem com rancor, tristeza e frustração.

Não sofreram violência institucional:

“Não, não tenho o que reclamar”. (Ágata). “Não”. (Alexandrita).

“Não, não tive nenhum problema em relação a isso, fui bem atendida e não tenho reclamação nenhuma em relação a isso”. (Ametista).

Sofreram violência institucional:

“[...] o meu problema foi sobre essa menina, pela experiência que ela “tem”, pelo que ela falou pra mim, foi a única coisa que eu não gostei”. (Água Marinha).

“Definitivamente, o tempo inteiro. Era toque atrás de toque, e erraram a minha dilatação, dizem que eu entrei com seis centímetros, depois veio três pessoas pra confirmar meu toque que eu tava com oito centímetros, quando trocou o plantão a outra médica disse que eu tava com seis, então assim, excesso de toque, ninguém falava certo. Desrespeito ao meu tempo também, toda hora eu tinha que falar, eu tava com uma contração e aí os residentes eu quero fazer isso, eu quero fazer aquilo, isso pra mim foi muito perturbador, aí eu tinha que falar agora você vai ter que esperar porque eu não vou subir na cama e deitar, então eu queria fazer as coisas no intervalo entre as contrações, então teve muita coisa ruim, mas teve muita coisa boa, teve muita gente que tava sensível e respeitou, cuidou”. (Sodalita).

“Acho que nessa questão da escolha, que foi me oferecido um pacote, se esse pacote fosse interrompido eu teria que ir embora, achei isso rude, que me fez repensar até que ponto as pessoas se consideram acima da vida e da morte, pra chegar e me dizer assim, agora eu vou embora, não teria condições de ir embora, tava no meio do procedimento. Gostaria que fosse revisto pra que outra situação acontecesse e certamente se isso fosse feito de uma forma mais...não deixasse chegar nesse extremo, meu filho não teria passado por todo esse sofrimento, não só o meu filho como toda a minha família”. (Turmalina).

Na opinião de Tornquist (2003, p. 5424), quando “[...] o respeito ao processo fisiológico da mulher e às suas decisões é substituído pela decisão médica convencional: sem explicações, sem margem de negociação, com desqualificações e infantilização das parturientes [...]”, ocorre o desrespeito aos direitos da mulher e a violência simbólica.

Voltando-se para a enfermagem humanística, essas circunstâncias impossibilitam o diálogo vivo, de acordo com George (2000), Oliveira e outros (2003), destinado ao *bem estar* e o *estar melhor* do paciente.

Conforme Dias (2006), a violência verbal ou física durante o atendimento ao parto parece ser uma realidade em muitas maternidades públicas, sendo considerada pelas mulheres importante fator de insatisfação com a assistência recebida.

- **12ª Categoria temática: Sugestões para o atendimento ser melhor.**

Com relação a sugestões para melhoria no atendimento, 60% das mulheres sentiram-se satisfeitas e não tinham sugestões para dar. Enquanto que 40% tiveram sugestões e estas soam como críticas ao sistema, pois sentem-se impotentes para alterá-lo com simples sugestões. Surgiu a sugestão da questão de ampliação física do ambiente de atendimento na triagem obstétrica, da agilidade no atendimento, pois a espera diante da dor gera ansiedade e insegurança, a questão mais voltada para a prevenção e menor medicalização no cuidado e que a voz das mulheres ecoe nos ouvidos dos profissionais para que o cuidado seja individualizado, permitindo assim a humanização.

Não tiveram sugestões:

“Não sei o que falar porque eu gostei, foi a primeira vez que eu vim pro HU e eu gostei do atendimento, não tenho o que falar mal sabe, de que falta melhorar alguma coisa”. (Ágata). “Não porque o meu atendimento foi tão perfeito que não tenho o que reclamar”. (Ametista). “Não tenho idéia, foi muito bom o atendimento, não tenho o que reclamar, foi bem produtivo na evolução do parto”. (Amazonita). “Eu não tenho o que reclamar mesmo, fui muito bem atendida desde o momento que eu cheguei, só tenho que agradecer na verdade, a equipe que fez o parto pra mim foram meus anjos da guarda, não tenho o que reclamar mesmo”. (Nefrita). “Na verdade não tenho nenhuma porque pra mim já tá completo, o atendimento é maravilhoso dos profissionais”. (Praziolita).

Tiveram sugestões:

“Eu não sei porque é muito difícil mudar isso tudo, é uma realidade desse país, sinceramente, eu não tenho muita esperança. Sugestão não sei porque a pessoa é assim, não tem como você mudar, eles são teimosos mesmo e eles não vêem esse lado sutil que as outras pessoas vêem”. (Sodalita). “Mais consultórios na hora da chegada da gestante pra ela não precisar ficar esperando tanto tempo ali com dor. Eu devo ter esperado uns vinte minutos, mas tinha gente esperando mais”. (Água Marinha). “É que a minha principal visão como saúde é a alimentação, acho que em primeiro lugar no atendimento em saúde deve estar à alimentação e não os remédios que é o mais comum”. (Alexandrita). “A grande sugestão que eu daria pro atendimento ser melhor é que as pessoas fossem ouvidas, que as pessoas não fossem tratadas como simples número ou uma simples meta ou enfim, não é porque o hospital aqui faz só 20% cesariana e 80% de parto natural que a gente se transforma em números, nós não somos números aqui, então se a média do hospital tem que ser, querem alcançar uma média, que isso não venha prejudicar, não venha causar traumas para as pessoas, que isso não venha violentar a vida de uma criança, porque nós não somos números, se alguém quer fazer um trabalho humanizado a gente tem que tirar da cabeça números e normas e procedimentos”. (Turmalina).

Fica marcante dentre as sugestões para o atendimento ser melhor, uma mudança de atitude por parte dos profissionais com relação ao respeito às decisões das mulheres.

A humanização da assistência depende fortemente da mudança de atitude dos profissionais que atendem o parto, o que depende de cada um deles.

Entretanto, a assistência profissional deve ser baseada em evidências científicas, que por sua vez reconhecem a parturiente como condutora do processo de parturição. (BRASIL, 2001).

O suporte profissional no trabalho de parto e parto é uma atitude que humaniza a assistência, resgatando a naturalidade do processo de nascimento. (BRASIL, 2001; ENKIN et al., 2005; OMS, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição do perfil sócio-demográfico e obstétrico das puérperas se deu a partir de uma abordagem quantitativa, com a intenção de se conhecer e apresentar as participantes deste estudo. Assim, a idade média apresentada por elas foi de 29.2 anos, a escolaridade máxima concluída o ensino médio (70%) e a mínima o ensino fundamental (10%), 90% viviam com o companheiro, essa mesma porcentagem de participantes residia na Grande Florianópolis, 70% exerciam alguma atividade remunerada, 50% eram primíparas e 50% multíparas.

O suporte profissional no TP e parto é um cuidado realizado na Maternidade do HU-UFSC, especialmente pelos profissionais de enfermagem, sendo empregadas as ações de apoio emocional e técnicas não farmacológicas para o alívio da dor: banho, caminhada e mudança de posição, massagem, bola suíça, assento ativo e exercícios respiratórios. A investigação sobre o significado desses cuidados para as puérperas atendidas na Maternidade deu origem a 12 categorias e algumas subcategorias temáticas que apresentaram os seguintes significados:

- A prática de atividades físicas pelas mulheres durante a gestação e a participação em grupo de preparação para o parto, neste em menor número, significa a compreensão por parte das parturientes/puérperas sobre a importância do preparo físico e emocional para o parto, favorecendo uma postura ativa;
- A qualidade da assistência, no sentido de ser referência ao cuidado humanizado, foi significativa para a escolha da Maternidade do HU-UFSC para ter o parto;
- A percepção dolorosa no momento da admissão no CO surgiu como um significado do processo fisiológico do TP para a maioria das puérperas;
- A presença de um acompanhante de escolha da mulher, neste estudo em especial o companheiro, significou poder compartilhar com alguém familiar esse momento tão importante que é o nascimento de um filho;
- O apoio emocional recebido dos membros da equipe de saúde significou bem-estar para as mulheres;
- De forma expressiva, todas as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor promoveram efeito relaxante e de alívio da dor no TP; a caminhada, as

mudanças de posição, a bola suíça e os exercícios respiratórios também foram considerados favoráveis à evolução do TP; a sensação de autocontrole foi percebida com a massagem, o assento ativo e os exercícios respiratórios; a massagem ainda reforçou a relação afetiva com o companheiro e o vínculo profissional-mulher; pode-se afirmar que a utilização desses métodos significou para as mulheres liberdade, participação ativa da família no processo parturitivo e acima de tudo satisfação com os cuidados recebidos.

- O respeito às escolhas das mulheres significou ser importante para uma experiência positiva de parturição e um exercício de cidadania:
 - com relação à posição do parto, quando não foi respeitada a vontade da mulher resultou em sua decepção, especialmente com a instituição, por ter uma filosofia implementada e que não é seguida por alguns profissionais, pode-se inferir que ao longo dos 17 anos de existência da Maternidade muitos profissionais novos entraram e talvez não tenham introjetado a essência desta filosofia uma vez que não participaram de sua construção.
 - quanto às técnicas não farmacológicas de alívio da dor, não foram impostos métodos que as mulheres não desejavam, significando respeito à autonomia;
 - o contato pele a pele com o RN logo após o nascimento proporcionou sentimentos de felicidade, proximidade com o bebê e estímulo à amamentação, a sua privação resultou em frustração;
 - a possibilidade de o acompanhante cortar o cordão umbilical não foi oferecida pelos profissionais, quando a expectativa da mulher era essa o sentimento de decepção foi muito grande;
 - para aquelas em que o acompanhante pôde participar dos cuidados imediatos com o RN, muitos significados podem ter surgido, entre eles, a segurança do bebê por um familiar estar ao lado, a satisfação com o cuidado.
- Com relação aos significados atribuídos ao atendimento recebido pela equipe de saúde, a atenção dos profissionais apareceu como principal motivo de satisfação, efetivamente sob a forma de orientações acerca dos cuidados realizados, e a falta de respeito aos desejos das mulheres como principal motivo de insatisfação;
- Também a violência institucional, sofrida por algumas mulheres, na forma de excesso de toque, desrespeito ao tempo da mulher e agressividade de alguns profissionais, significou frustração e insatisfação com o atendimento;

- Quanto a sugestões para a melhoria do atendimento, surgiram ampliação física da triagem obstétrica e agilidade no atendimento, menor medicalização, maior individualização do cuidado e necessidade de respeito ao protagonismo da família.

Constata-se que o suporte profissional no TP e parto teve grande significado para as puérperas, no sentido de bem-estar e de estar melhor, humanizando a assistência. No entanto, algumas dificuldades são encontradas na operacionalização da filosofia da Maternidade, no que se refere à falta de respeito às escolhas das mulheres e outras formas de violência sofridas de alguns membros da equipe de saúde, que precisam ser repensadas.

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad mostrou-se adequada para o embasamento teórico da pesquisa, pois reconhece a relação de cuidado enfermagem-parturiente/puérpera dentro de uma visão humanística, contribuindo para o conhecimento do que representou o suporte profissional para essas mulheres.

O estudo encontrou mais significados positivos do que negativos em relação ao suporte profissional no TP e parto, e sugere um olhar humanizado dos profissionais para esse cuidado, resgatando a naturalidade do nascimento e desmitificando a idéia de sofrimento com o parto, que permeia as mentes femininas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2012.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.13, n. 1, Jan./Fev. 2005. [LILACS ID: lil-394203]. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org>>. Acesso em: 1 maio 2012.

APPOLINÁRIO, Fabio. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica**. 2. ed. São Paulo: Makron books, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et al. A filosofia assistencial de uma maternidade pública do sul do país sob o olhar de sua equipe profissional. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 1, p. 123-129, Jan./Fev. 2011.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; MONTICELLI, Marisa; FURTADO, Camila; FERNANDES, Camila Mariano; LEMOS, Fabiane Nunes; GAYESKI, Michele Ediane. Filosofia Assistencial de uma Maternidade-escola: Fatores Associados à Satisfação das Mulheres Usuárias. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 658-68, Out./ Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2012.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHOPRA, Deepak; SIMON, David; ABRAMS, Vicki. **Origens mágicas, vidas encantadas: um guia holístico para a gravidez e o nascimento**. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

COLLAÇO, Vânia Sorgatto. **Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Disponível em: <<http://ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>>. Acesso em: 30 maio 2012.

CRUZ, Daniela Carvalho dos Santos; SUMAM, Natália de Simoni; SPÍNDOLA, Thelma. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400021>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. 2006. 283 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, 2006. [LILACS ID: lil-442159]. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 3 maio 2012.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 52-62, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s1/06.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2012.

ENKIN, Murray et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FANEM. 2009. **Assento ativo auxiliar**. Referência 400.120.600. Disponível em: <<http://www.fanem.com.br>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Conforto no Processo de Parto Sob a Perspectiva das Puérperas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.441-445, Jul./Set. 2010. [LILACS ID: lil-570270]. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 3 maio 2012.

FRIESNER, Arlyne; RAFF, Beverli. **Enfermagem Obstétrica**. São Paulo: Organização Andrei Editora S.A., 1978.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: modulo 3: promovendo e incentivando a amamentacao em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

GALLO, Rubneid Barreto Silva et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. [LILACS ID: lil-594050].Disponível em: Disponível em: <<http://lilacs.salud.org/>>. Acesso em: 3 maio 2012.

GAYESKI, Michele Ediane. **Aplicação de Métodos Não Farmacológicos para o Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto**. 2009. 140 f. dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Haidar, Fátima Hussein; OLIVEIRA, Urânia Fernandes; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 04, p. 1025-1029, Jul./Ago. 2001.

Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. Carta de Serviços ao Cidadão. Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 3 nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Nupcialidade, fecundidade e migração: resultados da amostra. Rio de Janeiro, Censo Demográfico 2010.

LIMA, Lorryne Félix de et al. Observâncias Éticas Contempladas em Estudos envolvendo Seres Humanos num Periódico de Enfermagem. In: ENCONTRO NACIONAL DE BIOÉTICA E BIODIREITO, 2., E ENCONTRO DE COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA DA PARAÍBA, 3., 2009, Paraíba. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/nepb/anaisfinalbioetica.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n. 3, p. 239-262, Jul./Set., 1993.

MONTICELLI, Marisa et al. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n.1, p. 25-35, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a03.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: SARVIER, 2005.

OLIVEIRA, Maria Emília de; BRÜGGMANN, Odaléa Maria; SOUZA, Lúcia Nazareth Amante de; MAY, Léia Emília. **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

OLIVEIRA, Maria Emília; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **A melodia da humanização:** reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal:** um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriald=2...>> Acesso em: 30 ago. 2012.

PATERSON, Josephine G.; ZDERAD, Loretta T. **Enfermeria humanística.** México: Editorial Limusa, 1979.

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas. **A Participação do Pai como Acompanhante da Mulher no Processo de Nascimento.** 2010. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Lia Mota et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta paul. enferm.,** São Paulo, v. 24, n.5, p. 656-662, 2011.[LILACS ID: lil-606496]. Disponível em: <<http://lilacs.salud.org/>>. Acesso em: 3 maio 2012.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** v. 19, n. 2, p. 5419-5427, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2012.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial.** 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS

Data: ____/____/____.

Número do formulário: _____.

Dados de identificação:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Ocupação:

Procedência:

Número de gestações anteriores:

Número de Partos anteriores:

Questões da entrevista:

- 1) Qual o motivo da escolha da Maternidade do HU-UFSC para ter o parto?
- 2) Qual era seu nível de dor/desconforto no momento da admissão no CO?
- 3) Você realizou algum tipo de atividade física durante a gestação? Qual (quais)? Até quanto tempo de gestação?
- 4) Você participou de algum grupo de preparação para o parto? Em que ele contribuiu?
- 5) Você teve um (a) acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto e parto? O que ele (a) é seu (sua)?
- 6) Você recebeu da equipe de saúde apoio emocional no trabalho de parto e parto? (atenção, acompanhamento, alguém disponível sempre que você precisou, informações sobre o que estava acontecendo, sobre os procedimentos e exames realizados, incentivo e elogios pelos seus esforços). Por quais profissionais? Como você se sentiu com o apoio?

- 7) Você foi encaminhada para banho de chuveiro no trabalho de parto? Quantas vezes? Qual profissional a encaminhou? Como você se sentiu em relação ao banho para aliviar a dor?
- 8) No trabalho de parto você foi orientada a caminhar e a fazer mudanças de posição? Qual profissional a orientou? Como você se sentiu em relação à caminhada e às mudanças de posição para aliviar a dor?
- 9) Durante o trabalho de parto, algum profissional fez massagem em você ou orientou seu acompanhante para fazê-la? Qual profissional? Como você se sentiu em relação à massagem para aliviar a dor?
- 10) Foi orientada a usar a bola suíça no trabalho de parto? Qual profissional orientou usá-la? Como você se sentiu em relação à bola para aliviar a dor?
- 11) Foi estimulada a usar o assento ativo (cavalinho) no trabalho de parto? Por qual profissional? Como você se sentiu em relação ao cavalinho para aliviar a dor?
- 12) Recebeu orientação profissional para realizar exercícios respiratórios durante as contrações? Qual profissional fez essa orientação? Como você se sentiu em relação aos exercícios respiratórios para aliviar a dor?
- 13) Seus desejos foram respeitados em relação à posição do parto, à utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, ao bebê ficar com você logo após nascer, ao acompanhante cortar o cordão umbilical e participar dos cuidados imediatos com o recém-nascido, etc.?
- 14) Com relação ao atendimento recebido pela equipe de saúde:
- O que mais gostou no atendimento?
- O que não gostou no atendimento?
- Foi forçada a fazer coisas que não queria?
- Recebeu cuidados sem orientação de quem os fez?
- Passou por alguma espécie de violência durante o atendimento? (palavras rudes, desrespeito ao seu tempo, falta de privacidade, excesso de toques, mais atenção técnica do que afetiva).
- Sugestões que daria para o atendimento ser melhor?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa intitulada “Suporte Profissional no Trabalho de Parto e Parto: o Significado para as Puérperas”. A pesquisa tem por objetivo compreender o que o suporte profissional, recebido no trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico (CO) da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), significou para as puérperas.

Essa pesquisa é importante para saber se o suporte (apoio físico e emocional) oferecido pelos profissionais de saúde à parturiente contribuiu para uma experiência de parto mais satisfatória e humanizada.

A pesquisa será realizada com algumas puérperas atendidas em trabalho de parto e parto no CO da Maternidade do HU-UFSC, e que se encontram na sala de recuperação pós-parto. As participantes serão entrevistadas a respeito do suporte profissional recebido da equipe de saúde, sendo as entrevistas gravadas e transcritas fielmente pela pesquisadora.

Você é livre para decidir se deseja ou não participar da pesquisa, não será obrigada a responder a todas as questões e pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, mesmo após já ter feito a entrevista, sem ser prejudicada por isso. Como benefício pela pesquisa, você saberá qual a contribuição do suporte profissional para as mulheres no trabalho de parto e parto atendidas na referida Maternidade. Não são previstos desconfortos durante a entrevista, e a participante não será prejudicada em seu atendimento pela equipe de saúde em razão de suas respostas.

A pesquisadora fica a disposição para esclarecer as dúvidas que surgirem, sempre que você precisar, deixando seu telefone para contato no final deste documento.

Em nenhum momento será revelada a sua identidade, toda identificação, quando necessária, se dará através de códigos ou nomes fictícios.

A sua participação na pesquisa é voluntária, por isso você não será paga, de nenhuma maneira, por participar da pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar dessa pesquisa como sujeito. Fui informada e esclarecida pela pesquisadora Josiane Müller sobre o tema e o objetivo do estudo,

assim como a maneira como ele será feito e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável:

Vânia Sorgatto Collaço

Telefone para contato: (48) 99717789

Assinatura da outra pesquisadora:

Josiane Müller

Telefone para contato: (48) 88059199

APÊNDICE C – Termo de Consentimento para Gravações

Eu, _____ permito que as pesquisadoras relacionadas abaixo obtenham gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadoras pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável:

Vânia Sorgatto Collaço

Telefone para contato: (48) 99717789

Assinatura da outra pesquisadora:

Josiane Müller

Telefone para contato: (48) 88059199

ANEXOS

ANEXO A - Filosofia da Maternidade do HU-UFSC

Na Maternidade do HU/UFSC acredita-se que:

- Em se prestando assistência, se ensina;
- É direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- A atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;
- A atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-Família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
- As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligados à saúde da mulher-RN-família devem refletir atitudes de respeito do ser humano e reverter-se em benefício de uma melhor assistência;
- A equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuados, específicos, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;
- A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção ou serão adaptadas após a geração do fato;
- O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionarem;

- A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistências e de educação em saúde. (Outubro de 1995).

ANEXO B – Aprovação do Projeto de Pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS

Pesquisador: VANIASORGATTO COLLAÇO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08155912.4.0000.5369

Instituição Proponente: Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.218

Data da Relatoria: 25/10/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto é coerente em sua proposta e visa avaliar o suporte profissional oferecido pela equipe de saúde do Centro Obstétrico à gestante em trabalho de parto. É claro e conciso e apresenta sequência lógica de ideias expostas pelo pesquisador. O tema é de relevância para a área de pesquisa e pouco estudado no local em que a pesquisa se desenvolverá.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos específicos estão em consonância com o objetivo geral e contribuirão para o alcance deste. Estão bem delimitados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há evidência de riscos, mas cuidados éticos são descritos na coleta de dados, contribuindo para preservar a privacidade das puérperas participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenvolvimento da pesquisa visa a contribuir com a área da enfermagem e demais profissionais da saúde na avaliação do suporte profissional no trabalho de parto. A divulgação das reflexões acerca do tema pesquisado, contribuirão para revisão de como o serviço está sendo prestado e se atende às expectativas da clientela assistida.

O método da pesquisa está bem delineado em todas as suas etapas e os aspectos éticos são contemplados.

Endereço: Avenida Pedra branca,25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.132-000

UF: SC

Município:

Telefone: (483)279-1036

Fax: (483)279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br

UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos solicitados para a submissão do projeto foram apresentados. Deverá ser incluído no TCLE espaço para a assinatura dos pesquisadores e as demais páginas do TCLE deverão ser rubricadas pelas participantes e pesquisadores.

Recomendações:

Recomendamos que a coleta de dados seja realizada de maneira que as participantes sintam-se à vontade e respondam somente o que julgarem necessário, sem invasão da privacidade.

Também recomendamos que a coleta de dados seja de inteira responsabilidade dos pesquisadores, não interferindo na rotina da instituição co-participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Mediante o aceite da recomendação de inclusão de espaço para a assinatura do pesquisador e rubricas das participantes e dos pesquisadores nas demais páginas do TCLE, o projeto está Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

25 de Outubro de 2012

Assinador por:

Fernando Hellmann
(Coordenador)

UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UNISUL

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca

CEP: 88.132-000

UF: SC Município:

Telefone: (483)279-1036

Fax: (483)279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS

Pesquisador: VANIASsORGATTO COLLAÇO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08155912.4.0000.5369

Instituição Proponente: Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 156.022

Data da Relatoria: 26/11/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto "SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS" é um Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, e a instituição proponente é a Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva-exploratória. O local do estudo será o Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os sujeitos da pesquisa são puérperas que foram atendidas em trabalho de parto e parto na referida Maternidade, com o intuito de compreender o significado que atribuem ao suporte profissional que receberam.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Compreender o significado para as puérperas do suporte profissional recebido no trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Objetivos específicos:

- Descrever o perfil sócio demográfico das puérperas;
- Identificar quais ações utilizadas no suporte profissional no trabalho de parto e parto para a parturiente/puérpera;
- Investigar qual a relação de cuidado estabelecida entre os profissionais e a parturiente/puérpera no processo parturitivo;

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

- Verificar quais os profissionais envolvidos no suporte profissional no trabalho de parto e parto para a parturiente/puérpera.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No Relatório de Pesquisa afirma-se que não há riscos previstos. Entretanto, considerando-se que a coleta de dados será com puérperas na sala de recuperação pós-parto, tal situação deve ser analisada pelos pesquisadores, visando minimizar desconfortos.

Como benefícios, consta no Relatório de Pesquisa: "A pesquisa permitirá conhecer a opinião das puérperas sobre o suporte profissional recebido no trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital HUNIVERSITÁRIO da UFSC, com o intuito de saber se esse cuidado contribui para uma experiência de parto mais satisfatória e humanizada, valorizando esse cuidado".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia aponta que a coleta de dados se dará por entrevista individual com cada participante, a respeito das medidas utilizadas no suporte profissional e quais os profissionais envolvidos, e das relações estabelecidas entre as puérperas e os profissionais de saúde. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa são: puérperas no período de Greenberg na sala de recuperação pós-parto, que foram atendidas em trabalho de parto e parto no CO da Maternidade do HU-UFSC, que após serem informadas sobre o estudo e de seu anonimato, assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: Projeto de pesquisa, declaração de anuência das instituições UFSC e UNISUL, TCLE, Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UNISUL, aprovando o projeto.

O TCLE está adequado às exigências da Resolução CNS 196/96.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

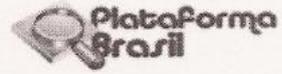
De acordo com o exposto acima, recomenda-se a aprovação do projeto "SUPORTE PROFISSIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: O SIGNIFICADO PARA AS PUÉRPERAS" pelo Comitê de Ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 27 de Novembro de 2012

Assinador por:
Andréa Ferreira Delgado
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br