



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LAÍSA DE SOUSA MARQUES

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

CAJAZEIRAS – PB

2017

LAÍSA DE SOUSA MARQUES

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras

CAJAZEIRAS – PB

2017

LAÍSA DE SOUSA MARQUES

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Formação de Professores, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 11/09/2017

BANCA EXAMINADORA

Gerlane Cristiane Bertino Vêras
Profa. Mestranda Gerlane Cristiane Bertino Vêras
(Orientadora – ETSC/UFCG/CFP)

Cicera Renata Diniz Vieira Silva
Profa. Ms. Cicera Renata Diniz Vieira Silva
(Membro Examinador – ETSC/UFCG/CFP)

Paula Francisca Oliveira Cezário
Profa. Esp. Paula Francisca Oliveira Cezário
(Membro Examinador – UAENF/UFCG/CFP)

CAJAZEIRAS - PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M357h Marques, Laísa de Sousa.
Humanização na assistência ao pré-natal e puerpério / Laísa de Sousa
Marques. - Cajazeiras, 2017.
74f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Pré-natal - humanização de assistência. 2. Puerpério - cuidados. 3.
Mulher - período pré-parto. I. Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II.
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.2-082

Dedico este trabalho a minha mãe, Francisca Marques, minha fonte de inspiração, amor e incentivo e a minha avó, Anália Maria (in memoriam) por toda sua dedicação à nossa família. Esta vitória é por vocês e para vocês! Amo-vos imensamente!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, deixo os meus agradecimentos à Aquele que me deu o dom da vida, ao mestre dos mestres, á meu bom Deus. Obrigada por me amar, me abençoar e nunca ter desistido de mim, por tudo que vivi até chegar aqui, me possibilitando vivenciar este momento. Agradeço por nunca ter deixado abandonar minha fé ou permitido que eu fraquejasse. Confio em vos Senhor, e no Seu tempo. Ao Meu Deus, minha eterna gratidão.

Aos meus pais, João Aristênio Marques e Francisca Marques, por abdicarem do sonho de vocês para realizar o meu. Á meu pai, por ter me dado a liberdade de escolher o caminho ao qual percorri, me apoiando, oportunizando a realização deste sonho, bem lá no fundo sei que a torcida por esta conquista é imensa. À minha mainha, minha rainha, por ser essa guerreira e exemplo de mãe, ao falarem em superação minha referência sempre será a senhora, obrigada pelo seu amor incondicional, por existir e ter se sacrificado por mim, sempre segurando minha mão e me direcionando para o melhor caminho. À vocês meu eterno amor!

À meu irmão, Luan Kennedy Marques, por sempre tentar me prejudicar, saiba que isso só me impulsionou a buscar o melhor e ser totalmente diferente desta realidade ao qual você decidiu se inserir. Deixo expresso que torço muito por você, e te digo que todos nós somos capazes de realizar tudo que sonhamos, mas para isso temos que primeiro acreditarmos em nós mesmo. acredite em você e no seu potencial! Nunca pense que por eu buscar um futuro melhor, seja para te inferiorizar, esta conquista é por e para você e nossos pais. À você, meu afeto.

Aos meus avós, fonte de sabedoria adquirida ao longo de suas vidas, que transbordam com ternura em suas palavras de incentivo e ensinamento. Obrigada por me proporcionarem o conforto, isso é impagável, por ensinarem os valores da vida, pois não há Universidade no mundo que nos ensine esta disciplina melhor do que vocês. Em especial, à Anália Maria (*in memoriam*) que tinha um sonho em ver todos seus netos formados, ao qual não teve oportunidade que está aqui neste momento em vida, mas sei que sua alma está em festa por esta conquista que também é dela. À vocês, minha imensa admiração.

Aos meus tios e primos, em poder compartilhar comigo esta vitória, agradeço pela atenção, carinho e pelas vibrações positivas, em especial, aos tios, Rildo Figueiredo e Josefa Maria, palavras são poucas para descrever minha gratidão, vocês ocuparam o papel de

segundos pai, me adotaram como filha, estiveram a todo tempo comigo nesta caminhada, ao qual vibraram cada conquista desde o ingresso na graduação até seu término. Aos primos, Juan Natã e Francisco Noan, por exercerem o papel de irmãos, sou muito grata por vocês acreditarem em potencial e me ampararem nos momentos difíceis. À vocês, todo o meu carinho.

À Ricardo Henrique Casimiro (*in memoriam*), uma das pessoas que mais me incentivou e acreditou em mim. Obrigada meu grande amor por ter me feito acreditar em sonhos, sua presença em mim e em meus pensamentos são constantes, você me ensinou o verdadeiro significado do que é amar e ser amada. Sou grata a Deus por ter te conhecido e ter deixado por um momento você fazer parte da minha vida, em momentos de angústia sua lembrança me fez sentir nos braços da paz. Ao meu amado, meu amor eterno!

Aos meus companheiros de jornada, a minha amada turma de graduação em Enfermagem, somos o resultado da persistência, e como dizia Charlin Chaplin: “A persistência é o menor caminho para o êxito”. Plantamos nossa semente há cinco anos, e hoje após uma caminhada árdua, agradeço imensamente por poder ter compartilhado todas as experiências com vocês, por ser esta turma unida e amada. Apenas peço que façam de suas expressões de amor tornar visíveis para a realização de grandes feitos na vida daqueles que necessitam de suas dedicações, exerçam a empatia, o respeito com dignidade na vida no enfermo, é disso que o mundo precisa. Em especial, à Reinaldo, Josué, Gustavo, Tavares, Grazielle, Edwiges, Ozaniely, Rogênia, Lana, Camila e Daniele, deixo minha admiração pelos profissionais que se tornaram, vocês serão sempre minha referência quando falarem sobre destreza, atitude, conhecimento, habilidade, humanidade e respeito. À vocês, minha imensa consideração.

Às minhas irmãs, Daniele Pereira, Marina Moreira, Thaline Ingrid e suas respectivas famílias. Agradeço por vocês abrirem as portas de suas casas e de seus corações, uma história foi vivida por nós, para mim foi a melhor de todas, onde até dos maus momentos tiramos boas lições para vida e em meio as gargalhadas desfrutamos a essência da verdadeira amizade. Amigos verdadeiros são raros, um amor incondicional, que não consigo explicar, apenas sinto!. Dizem que quem tem amigos tem tudo, e eu tive e tenho tudo, cumplicidade, conforto, proteção, fidelidade. Obrigada meninas por ser minha âncora, por me colocarem em suas orações, por nunca soltarem minha mão. Obrigada por serem essenciais na minha existência, por serem tão importante, não quero perder essa ligação que nos une nunca, nossa amizade representa prioridade em minha vida e me sinto muito abençoada em ter encontrado esse tesouro. Enfim, obrigada por serem vocês! Amo-vos!

Aos meus presentes Danilo Sales, Emanuel Araújo, Nicassia Sales, Livia Maria, Yágda Eunício e Carlos Henrique, Deus me permitiu construir laços de afeto com esses cearenses ímpares, ao longo da vida compreendi que não precisamos de muito para nos sentir bem, basta estarmos com pessoas que nos mostrem que tudo vale a pena, que multipliquem nossas alegrias. A função de vocês foi proporcionar momentos de alegria e entretenimento, em horas ao qual meu mundo estava desabando. Obrigada por sempre se lembrarem de mim, vocês são pessoas de luz, cada um com sua particularidade. À vocês, todo a minha gratidão!

Aos meus amigos sousenses, por toda parceria, amizade, paciência e credibilidade, em especial, aos meus melhores amigos, Kamilla Gomes, Rafaela Monteiro, Dieglys Sarmiento, Wallysson Alexandre e Débora Costa, vocês me revelaram o que seria o verdadeiro sentido da amizade, tenho muita sorte em tê-los como amigos, além de boas risadas e muito apoio, vocês me deram os melhores conselhos, grandes momentos e muita história para contar. À vocês, todo meu afeto.

Aos amigos que reconheci em Cajazeiras, nas pessoas de Ana Cláudia, Silvana Meneses, Emerson Leandro, Camila Rolim e Valéria Medeiros (*in memoriam*), vocês foram partes essenciais para a construção de minha história nesta amada cidade, graças a vocês pude me sentir uma pessoa melhor e no cerne da minha casa. Agradeço por todo companheirismo e hospitalidade. À vocês, dedico toda minha lealdade.

Às minhas amigas, Amanda Sousa, Carol Oliveira e Karina Bispo, por serem fonte de força e determinação, muitas vezes me espelhei na garra de vocês em buscar sempre o melhor. Agradeço por me deixarem participar de forma íntima da vida de vocês, com isso pude aprender bastante. À Samara Joyce, obrigada amigona por todos os conselhos, por você sempre saber usar as palavras certas nos momentos certos, acalmando meu coração. Conhecemos-nos à tão pouco tempo, mas o bastante para nos reconhecermos como irmãs. À vocês todo o meu carinho.

À Universidade Federal de Campina Grande, à Unidade Acadêmica de Enfermagem e a todo corpo docente e administrativo do campus Cajazeiras, tenho muito orgulho em dizer que fiz parte desta grande família. Agradeço pelo excelente trabalho exercido por todos os envolvidos e pela disponibilidade, permitindo a construção de um ambiente favorável e de qualidade para o ensino-aprendizado. Em especial, deixo expressas a minha eterna admiração e gratidão à Humberto Junior, Kennia Abrantes e à Flávio Lourenço, pelo amor a docência e profissionalismo, vocês são pessoas que busco me espelhar, se Deus me permitir ser pelo menos metade das pessoas que vocês são, sentirei que minha missão na terra foi cumprida. À vocês todo o meu reconhecimento.

Às mulheres participantes, as protagonistas deste estudo, pela disponibilidade em ajudar, sem vocês não haveria o desenvolvimento e nem o êxito da conclusão deste trabalho.

À banca examinadora, nas pessoas de Cícera Renata e Paula Franssinetti, não poderiam ter escolhido pessoas melhores para composição desta banca. Agradeço pela disponibilidade e contribuição para o enriquecimento deste trabalho, será de grande valia.

À Professora Renata, que infelizmente tive somente a oportunidade de conhecê-la no final desta jornada, porém foi o bastante para perceber que eis amante do seu trabalho, uma pessoa meiga e altamente capacitada, ao que me orgulho muito em ter suas contribuições neste estudo. Desde já, aproveito a oportunidade para te agradecer imensamente por ter nos acolhido tão bem na cidade de Campina Grande, nós discentes, precisamos muito de pessoas como você, nos dando a devida proteção. À você, meu respeito.

À Paula Franssinetti, gratidão por tudo que você pode fazer por mim durante esta caminhada, eis conhecedora sobre minha paixão pela área de saúde da mulher. Saiba que te admiro muito, pela sua história de vida e por toda superação, você me ensinou a ser fortaleza, qualidade que vai além da destreza e habilidade e, também, por me incentivar a buscar realizar nossos sonhos acima de tudo em qualquer circunstâncias que estivermos. Obrigada Paulinha por me convencer que sou melhor do pensava. À você minha afeição.

Por último, deixo para expressar a minha eterna gratidão a minha queridíssima orientadora, à mestre Gerlane Cristinne, palavras são poucas para demonstrar a sua representação em minha vida neste momento. O nosso trabalho foi árduo, a lapidação foi diária, mas chegamos ao fim com êxito. Agradeço imensamente pela dedicação do seu tempo a ele. Obrigada pela paciência, orientação, compromisso, confiança, ensinamentos, profissionalismo, carinho, atenção, conforto e amizade, por me ensinar amar mais a enfermagem. Você foi o pilar substancial nesta caminhada. Procuramos nos espelhar nos bons, e com certeza a senhora será um espelho para mim. Obrigada por tudo! À minha mestre, minha eterna admiração.

Por fim, a todos que participaram diretamente ou indiretamente desta jornada durante toda graduação e desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso, deixo o meu mais sincero obrigada!

"Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível".

(Charles Chaplin)

“Nunca deixe que lhe digam

Que não vale a pena

Acreditar no sonho que se tem [...]

Quem acredita sempre alcança!”

(Renato Russo)

MARQUES, L. S. **Humanização na assistência ao pré-natal e puerpério**. 2017. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso em Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2017.

RESUMO

Humanização na assistência ao pré-natal e puerpério consiste em adotar medidas que engloba a ampliação da cobertura ao acesso e melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, com a utilização de condutas consideradas benéficas, a fim de prevenir o surgimento de complicações, desenvolvendo uma assistência qualificada, integral e humanizada, respeitando a dignidade e autonomia da mulher. O estudo teve como objetivo geral averiguar se a assistência recebida no pré-natal e puerpério ocorreram de forma humanizada. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvida com 11 mulheres em período pós-parto, residentes na área de abrangência do Posto de Assistência Primário à Saúde que tiveram sua gravidez interrompida devido ao nascimento do concepto entre os meses de março a agosto de 2017. A coleta de dados deu-se por intermédio de uma entrevista gravada guiada por um questionário semiestruturado. Os dados das questões objetivas foram analisados por meio de estatística descritiva, e os dos dados subjetivos analisados na perspectiva do método de Laurence Bardin, sendo posteriormente confrontados com a literatura pertinente. Esta pesquisa cumpriu todas as determinações Resolução Nº 466/12, assegurando as participantes a preservação dos dados coletados. Constatou-se que a maioria das participantes encontra-se na faixa etária de 20 a 36 anos de idade, em união estável, autodeclarada parda, com ensino médio completo, residentes com mais duas pessoas, renda familiar entre um a dois salários mínimos, média de 1,6 filhos vivos, assistidas pela rede pública, sendo o enfermeiro o profissional mais presente. Foram extraídas três categorias, sendo estas: Assistência ao pré-natal e puerpério; Equipe da Estratégia da Saúde da Família: atuação no atendimento humanizado; e Qualidades e entraves na realização da assistência ao pré-natal e puerpério. Portanto, verificou-se satisfação na assistência ao pré-natal caracterizando-o esse como de qualidade e humanizada, onde se enquadra nas recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. No entanto, na assistência ao puerpério, ainda evidencia-se uma lacuna para o atendimento integral, pois é dada ênfase na avaliação do recém-nascido.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto; Humanização da Assistência.

MARQUES, L. S. **Humanization in prenatal and puerperal care**. 2017. 81 p. Graduation Work (Nursing Bachelor) - Nursing Academic Unit, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2017.

ABSTRACT

Humanization in prenatal and puerperal care consists in adopting measures that include broadening access coverage and improving the quality of maternal and child care, with the use of conduits considered beneficial, in order to prevent complications, developing an integral, humanized and qualified assistance, respecting the dignity and autonomy of women. The general objective of the study was to determine if the assistance received during the prenatal and puerperal care took place in a humanized way. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, developed with 11 women in the postpartum period, living in the area covered by the Primary Health Care Post that had their pregnancy interrupted due to the birth between the months from March to August 2017. The data collection was done by means of a recorded interview guided by a semi-structured questionnaire. The data of the objective questions were analyzed through descriptive statistics, and those of the subjective data analyzed in the perspective of the method of Laurence Bardin, being later confronted with the pertinent literature. This research complied with all determinations Resolution No. 466/12, assuring participants the preservation of the data collected. It was verified that the majority of the participants are in the age group of 20 to 36 years of age, in a stable union, self-declared brown, with complete secondary education, residents with two more people, family income between one and two minimum wages, of 1.6 live children, assisted by the public network, and the nurse is the most present professional. Three categories were extracted: Prenatal and puerperium care; Family Health Strategy team: action in the humanized care; and Qualities and impediments in performing prenatal and puerperal care. Therefore, satisfaction was verified in prenatal care, characterizing it as quality and humanized, where it falls within the recommendations of the Prenatal and Birth Humanization Program. However, in the care of the puerperium, a gap is still evident for the integral care, since emphasis is placed on the evaluation of the newborn.

Keywords: Primary Health Care; Prenatal care; Postpartum period; Humanization of Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETSC	Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
HbsAG	Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAPS	Posto de Assistência Primária à Saúde
PB	Paraíba
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde a Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição das participantes por variáveis sociodemográficas. Cajazeiras - PB, 2017.32

TABELA 2 - Distribuição das participantes pelas variáveis; número de gestação e partos, abortos, natimorto, filhos vivos. Cajazeiras – PB, 2017.....34

TABELA 3 - Distribuição das participantes pelas variáveis: Profissionais envolvidos na assistência recebida pelas mulheres em relação aos profissionais envolvidos e o tipo de rede de serviço utilizado. Cajazeiras – PB, 2017.36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	21
3.3 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	24
4 PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1 TIPO DE ESTUDO	26
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS MULHERES.....	31
5.2 DELINEAMENTO DAS CATEORIAS	37
CATEGORIA 1 – ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO	37
CATEGORIA 2 - EQUIPE DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO NO ATENDIMENTO HUMANIZADO	44
CATEGORIA 3 – QUALIDADES E ENTRAVES NA REALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	59
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	60
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
APÊNCICE D – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	68
APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	69

APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	71
ANEXOS	72
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	73

1 INTRODUÇÃO

Humanização pode ser compreendida como além do acolhimento, da escuta qualificada e do respeito, ela busca considerar o indivíduo em todo o seu contexto biopsíquico e social, entendendo seus valores, crenças, costumes e diferenças. Os profissionais envolvidos devem assistir os usuários com dignidade, atitude e empatia e os gestores promoverem um ambiente digno e saudável para o desenvolvimento das atividades (CASSIANO et al., 2015). Ressalta-se que para se ter uma boa prática em saúde, o cuidado é indissociável da humanização (SILVA et al., 2016).

Por volta da década de 80, ocorreram várias mudanças no âmbito da saúde no Brasil motivados pelo movimento da Reforma Sanitária que buscava um novo modelo de atenção à saúde. Logo, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma nova perspectiva para a saúde pública brasileira, a partir de seus princípios e diretrizes direcionados a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

Segundo Brehmer e Ramos (2016), a integralidade no SUS se consolida com a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o centro do sistema, onde são desenvolvidas ações descentralizadoras mais próximas à comunidade, considerando-se a principal porta de entrada dos usuários aos serviços, se comportando como um elo entre a comunidade e os outros níveis de atenção.

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como instrumento para fortalecer a reorientação do modelo assistencial, reestruturando a prática da atenção à saúde em novos fundamentos, quebrando o modelo tradicional, priorizando as ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua a toda população (OLIVEIRA et al., 2013) por meio de políticas e programas destinados as diversas fases da vida.

Quanto aos programas voltados à atenção integral a saúde da mulher no setor primário, que visa uma assistência de forma digna e humana, ressalta-se o de pré-natal de baixo risco, que engloba os cuidados desde o início da gestação até o período pós-parto, com a finalidade de manter a mãe e o bebê saudáveis, por intermédio de condutas consideradas benéficas (MENDES, 2016).

O acompanhamento de qualidade ao pré-natal e período pós-parto busca diminuir as taxas de morbimortalidade materno-infantil. Portanto, a mulher deve ser assistida por uma equipe multiprofissional, não restringindo-a apenas ao aspecto materno, utilizando de medidas que promovam a saúde e previnam o aparecimento de complicações o mais precoce possível,

no percurso da gestação e puerpério (TOMASI et al., 2017). Pensando nisto e relacionando a qualificação da assistência à humanização, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002), com a finalidade de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção materno-infantil alicerçada no princípio da humanização, vislumbrando a grávida como autônoma no processo de parir e beneficiando o binômio mãe-filho (BRASIL, 2001).

Os índices de morbimortalidade materna-infantil ainda se apresentaram estáveis, mesmo com a incorporação de práticas para a progressão da qualidade da assistência (GOMES; MOURA, 2012). Sendo assim, em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha (RC), objetivando reorientar as recomendações do PHPN, fundamentada pelos princípios da qualificação e humanização da assistência obstétrica e infantil, no pré-natal, parto e nascimento e puerpério (BRASIL, 2014).

Perante estas informações e a vivência acadêmica em serviços de APS, além de entender que a humanização e qualidade da assistência estão interligados, fato bastante discutido na atualidade tanto pelos órgãos governamentais quanto nas instituições de ensino durante a formação de profissionais da saúde, foram surgindo vários questionamentos sobre a assistência prestada as mulheres no seu estado gravídico e puerperal devido a lacunas observadas na prática assistencial, tais como: "A assistência oferecida às mulheres no pré-natal e puerpério é realizada de acordo com o preconizado pelo MS?", "Essa assistência pode ser caracterizada como humanizada?", "Os profissionais de saúde exercem suas atividades laborais no intuito de satisfazer as reais necessidades destas mulheres?". Frente a estes questionamentos e no intuito de qualificar a assistência prestada à saúde da mulher, em especial a do enfermeiro, justifica-se este estudo por sua relevância social e acadêmica.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Averiguar se a assistência ao pré-natal e puerpério ocorreu de forma humanizada.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar se a assistência ao pré-natal e puerpério ocorreram de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde;
- Analisar a percepção das mulheres quanto à assistência recebida no pré-natal e puerpério, com enfoque na humanização;
- Identificar qualidades e fragilidades percebidas pelas mulheres no decorrer do atendimento no pré-natal e puerpério.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Historicamente o Brasil apresentava uma atenção à saúde voltada para o modelo hospitalocêntrico e médico-curativista, que dava ênfase à doença, às queixas e aos tratamentos das enfermidades, tornando a assistência fragmentada (BREHMER; RAMOS, 2016). Com isso, no final da década de 70, começou-se a discutir por meio dos movimentos sociais a necessidade de formular novas políticas com embasamento no novo conceito de saúde declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que contempla a saúde não apenas como a ausência da doença, mas sim o bem-estar físico, mental e social, destacando os cuidados para o setor primário, que incluíam olhares voltados aos determinantes e condicionantes que influenciam no processo de saúde-doença (KEZH, 2014).

Winters, Prado e Heidemann (2016) afirmam que a Reforma Sanitária ocorrida no ano de 1986 consolidou a reformulação no modelo de um sistema de saúde unificado, atribuindo ao Estado o dever de prover saúde e o financiamento ao setor, e aos cidadãos, o direito de recebê-la, sendo implantado e implementado o SUS, com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, municipalização e participação social, além da criação de leis, programas e políticas que assegurassem a assistência à população de forma qualificada e humanizada (SOUZA; COSTA, 2010).

Durante a reestruturação da assistência de saúde no SUS, a organização dos serviços deu-se por meio da RAS disposta em uma cadeia poliárquica norteadas pelos princípios organizativos, buscando oportunizar maior acessibilidade da população aos serviços de saúde (BREMAR; RAMOS, 2016).

Nesta perspectiva, a APS apresenta-se como um modelo assistencial que incorpora preferencialmente ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como, o tratamento e reabilitação da saúde do indivíduo, família e coletividade, enfatizando uma assistência integral, universal, equitativa e humanizada, considerando o sujeito multidimensional e singular (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

A adoção da ESF foi proposta pelo Ministério da Saúde como forma de expandir e consolidar a APS e surge como instrumento que permite uma visão ampliada da realidade de vida do indivíduo e família, o que propicia a construção do vínculo para continuidade dos cuidados nos serviços de saúde à comunidade. Enfatiza-se o uso de tecnologias assistenciais e educacionais do cuidado, o que busca ressaltar o sujeito como ser autônomo no processo do

autocuidado, permitindo identificar as necessidades das famílias e atender as demandas da comunidade com resolutividade dos problemas (OLIVEIRA et al., 2013).

Na ESF são estruturadas e efetuadas práticas por intermédio de programas desenvolvidos pela APS com o propósito de melhorar os indicadores de saúde, direcionando à comunidade ações a todas as fases do ciclo vital dos indivíduos (SOUSA; MENDONÇA; TORRES, 2012). No que se referem aos cuidados prestados as mulheres, são respaldados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) na qual procura reorganizar a assistência prestada a esse público, integrando a atenção à saúde feminina para reduzir os índices de morbimortalidade além dos aspectos relacionados à função materna (FERNANDES, 2016).

Segundo Mendes (2016) a assistência à saúde da mulher deve buscar um atendimento qualificado, humanizado e embasado nos princípios e diretrizes propostas pelo SUS, sendo de responsabilidade dos profissionais e dos serviços de saúde prover ações que garantam o planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das reais necessidades das mulheres e seus direitos.

4.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

No contexto da atenção integral à saúde da mulher no âmbito de APS, um dos primeiros enfoques a serem trabalhados foram ações voltadas ao binômio mãe e filho, pois existia uma grande preocupação em relação aos índices de óbitos materno-infantil, além do entendimento que estes poderiam ser evitados através de uma efetiva atenção nos serviços de saúde para uma assistência de qualidade a gestante (POLGLIANE et al., 2014), sendo instituído Programa de Pré-Natal de Baixo Risco (MENDES, 2016).

Segundo Nogueira et al. (2016), o acompanhamento ao pré-natal consiste na associação de práticas que abordam os aspectos clínicos, obstétricos e educacionais para a promoção da saúde e detecção prévia de problemas para a mãe e para o bebê na tentativa de intervir precocemente.

O pré-natal na APS tem a finalidade de receber a mulher desde a descoberta da gravidez, de forma que ela se sinta acolhida pela equipe que a assiste durante todo o curso da gestação, visando preservar a integridade do parto e do nascimento de uma criança saudável e assegurando bem estar ao binômio mãe-filho (SILVA et al., 2014).

Vale salientar que a mulher passa por várias modificações físicas e emocionais durante o período gravídico-puerperal e que a vulnerabilidade apresentada por elas difere de mulher para mulher e de gestação para gestação, por isso compete aos profissionais que assistem à gestante promover uma assistência que atenda sua demanda, de forma qualificada, individualizada e humanizada, respeitando a singularidade e realizando um atendimento seguindo os princípios científicos e éticos (SILVA et al., 2015).

Ressalta-se que a assistência ao pré-natal deverá começar o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre, assegurando um número de no mínimo seis consultas realizadas por enfermeiros, intercaladas por avaliações médicas, tendo como acesso preferencial a Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013).

Após a comprovação da gravidez, que pode ser através do exame sanguíneo dos níveis de gonadotrofina coriônica humana ou pelo teste rápido feito na própria unidade de saúde, deve-se realizar o cadastramento no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), preenchimento da ficha perinatal e caderneta da Gestante (SOUSA; MENDONÇA; TORRES, 2012).

Na primeira consulta de pré-natal, o MS preconiza a investigação dos aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares e pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual, que irá fornecer informações necessárias para a classificação de risco e sobre o estado da gestação, data da última menstruação, cálculo da idade gestacional; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; hospitalizações anteriores; uso de medicações; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; vacinações prévias; história de violências, dentre outras (GAMA, 2014). Nas consultas subseqüentes, o manejo é direcionado ao exame clínico de forma sucinta, dando ênfase ao exame obstétrico, além de avaliar do estado nutricional, aferir a pressão arterial (PA), inspecionar a presença de edema, realizar o exame clínico das mamas e citopatológico, prescrever ácido fólico e outros medicamentos, de acordo com a demanda de cada mulher (DIAS, 2014).

Para uma boa conduta de acompanhamento ao pré-natal, ainda na primeira consulta deverá ser solicitados exames complementares, a fim de detectar problemas e tratá-los previamente para evitar complicações que possam causar danos a saúde materno-fetal (QUEIROZ; SOARES; OLIVEIRA, 2015), como o hemograma, glicemia em jejum, VDRL, sumário de urina e urocultura, anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B

(HbsAg), ultrassonografia obstétrica, parasitológico de fezes, exame de secreção vaginal e eletroforese de hemoglobina em caso de anemia falciforme em familiares ou se a gestante tiver histórico de anemia crônica (BUENO; WEBER; OLIVEIRA, 2010).

Nas consultas subsequentes, o MS recomenda a avaliação obstétrica com a medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, registro dos movimentos fetais, efetuação do teste de estímulo sonoro simplificado, calcular a idade gestacional, pesar a gestante, mensurar a PA, verificar a presença de anemia e a existência de edemas. Interpretação dos resultados dos exames requisitados nas consultas anteriores e solicitação de outros, se necessário. Os profissionais devem orientar, escutar as queixas e garantir a continuidade dos cuidados (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que os profissionais devem estimular a gestante a participar de grupos educativos na UBS e incentivar a presença de companheiro durante o pré-natal, parto e puerpério, pois a figura do homem proporciona a mulher maior segurança (DIAS, 2014), na ausência desse deve-se estimular a presença de um familiar que a mulher se sinta confortável.

Também é de responsabilidade da ESF a atenção ao período pós-parto, após alta hospitalar, onde deve-se acolher a mulher, o companheiro e o recém-nascido (RN) e promover a continuidade do acompanhamento realizado no pré-natal, por meio da anamnese, exame físico, escuta das queixas das puérperas, esclarecimento de dúvidas, avaliação do estado físico e psíquico, enfatizando a investigação de complicações puerperais, além da estimulação a amamentação exclusiva (CORRÊA et al., 2017).

O MS recomenda que a consulta puerperal pela ESF seja realizada preferencialmente até o 10º dia pós-parto, sendo assim aconselhado que os profissionais realizem uma visita domiciliar e marquem um retorno da puérpera em até o 42º dia do final da gestação na UBS, a fim de verificar o estado geral da mulher, como também avaliar pendências do pré-natal, como a situação vacinal e questões pertinentes a vida reprodutiva, sexual e ginecológica. Além de receber instruções quanto aos cuidados básicos para a mulher e para o RN, orientá-la quanto à utilização dos métodos contraceptivos e direitos legais da mulher durante o puerpério, bem como, identificar fatores de riscos e, em caso de intercorrências, encaminhá-la para serviços especializados (MENDES, 2016).

Cassiano et al. (2015) afirmam que a atenção ao puerpério ainda apresenta dificuldades para uma assistência satisfatória e humanizada, pois na grande maioria das vezes

a atenção está mais voltada ao RN, isso implica no retorno da puérpera aos serviços de saúde por complicações diversas devido não receberem uma avaliação adequada e informações pertinentes sobre a importância da consulta puerperal durante o pré-natal e no período pós-parto fora do ambiente hospitalar.

Considerando a existência de tais fragilidades, a RC integra as redes de atenção à saúde obstétrica e infantil com finalidade de diminuir os índices de morbimortalidade materno-infantil, priorizando um atendimento voltado a qualificação e humanização da assistência direcionando ações com foco na integralidade e dimensionalidade das intervenções, baseado no perfil epidemiológico apresentado e dados em evidências (CABRAL; HIRT; SAND, 2013).

Na APS, a RC assegura a qualificação e humanização do acompanhamento ao pré-natal, puerpério e à criança até os dois anos, objetivando o reconhecimento precoce de riscos e complicações às gestantes e puérperas, melhorando os recursos humanos e o acesso aos serviços em todos os níveis de atenção à saúde, sistematizando a assistência com as outras RAS com a referência e contra referência (BRASIL, 2014).

Cabe destacar que a estrutura organizacional tem influência sobre a qualificação da assistência ao pré-natal e puerpério, visto que um atendimento organizado promove maior adesão das mulheres aos serviços (DIAS, 2014).

Verifica-se que a inserção dos programas de pré-natal e puerpério nas redes básicas de saúde são de extrema importância para a melhoria da qualidade da assistência. É inegável afirmar o quanto esses programas melhoram o atendimento as demandas das mulheres grávidas e puérperas, mas ainda existem lacunas que precisam ser avaliadas e melhoradas para atingir a sua completude.

3.3 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Humanizar tem um significado amplo que muda seu sentido de acordo com o contexto em que ela for empregada. Na saúde, a humanização vai além de um bom acolhimento, de escutar ou tratar o cliente de forma agradável, deve-se considerar o indivíduo na sua singularidade, ter empatia, atendê-lo nas suas reais necessidades, valorizando seus aspectos biopsicossociais, conhecendo seus valores, costumes e crenças, empregando o uso de procedimentos de acordo com a sua demanda para melhorar a construção do vínculo entre o usuário e profissional, facilitando assim, a adesão da clientela nos serviços de saúde (CASSIANO et al., 2015).

Contudo, apesar de muito se discutir, ainda há dificuldades em humanizar os serviços de saúde. Então, os programas e políticas surgem para formular metas que priorizem a assistência humanizada no que se refere aos cuidados ao pré-natal e puerpério ao nível de APS. Logo, os órgãos governamentais buscam romper o modelo biotecnista e o uso de intervenções desnecessárias, sendo substituídas pelo retorno da autonomia da mulher no processo de parir, pois se tornar mãe é um momento único na vida delas e é de seu direito vivenciar todas as etapas de forma digna e humanizada (ALVES et al., 2017).

Versiani et al. (2015) afirmam que a concretização da humanização se dá por meio da inclusão de condutas que visem a redução de riscos e intercorrências, como a realização de orientações e informações pertinentes, procedimentos indispensáveis, a acessibilidade aos serviços de saúde em todos seus níveis de atenção através da referência e contra referência, solicitação e a realização dos exames necessários, oferta de uma estrutura apropriada para as ações, que incluam os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros que proporcionem um atendimento qualificado.

Portanto, faz-se necessário adotar uma boa prática respeitando a dignidade, os direitos, a singularidade e multidimensionalidade das mulheres, cabendo aos profissionais e gestores garantir esses cuidados para benefício da saúde de mãe-filho e familiares (VERSIANI et al., 2015). Sendo assim, o PHPN busca promover a melhora da condição do atendimento à gestante, parturiente, puérpera e RN, a fim de prevenir problemas ou complicações à mãe e ao concepto (FUJITA; SHIMO, 2014).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo de campo requer o aprofundamento das questões propostas de uma específica realidade por meio da interação entre os componentes de um determinado grupo. É executado através da observação direta, ou seja, através das experiências, das vivências adquiridas e do instrumento de coleta (entrevista ou análise de documentos) utilizado pelo pesquisador para obtenção de explicações e interpretações que sucede uma determinada realidade (GIL, 2011).

A pesquisa exploratória começa antes com a apuração real dos fatos, está presente a partir da investigação, delimitação do problema, definição do objeto e objetivos, tem a finalidade de buscar por mais informações sobre a temática, levantamento da presença das variáveis no campo de estudo, possibilitando o desenvolvimento de uma pesquisa com resultados satisfatórios. O estudo descritivo enfatiza a observação, o registro, a análise, a interpretação das características de um determinado elemento, estabelecendo a correlação entre os fatos ou fenômenos (variáveis) (KOCHE, 2011).

Segundo Prodanov e Freitas (2013) a abordagem qualitativa está direcionada na criação do vínculo entre o pesquisador, o objeto e o ambiente da pesquisa diretamente, ocorre ligação entre o que é concreto do que é subjetivo. Logo, esta abordagem trabalha a intuição, experiência, percepção, a interpretação e significação dos fenômenos. Seguindo no mesmo pensamento, Minayo (2008) refere que entender os processos sociais possibilita a abertura de novas interpretações e abordagens do objeto de estudo, aprofundando os conhecimentos do elemento de estudo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS) está localizado na Rua Tenente Aquino de Albuquerque, Praça Irmã Fernanda, Cajazeiras. O município abrange uma área correspondente a 565,899 km², situada no alto sertão paraibano, a aproximadamente 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. Os municípios que fazem limites são: São João do Rio do Peixe (norte e leste); Nazarezinho (sudeste); São José de Piranhas (sul); Cachoeira dos Índios; Bom Jesus (os dois últimos a oeste); e Santa Helena (noroeste). Dos municípios da Paraíba, Cajazeiras é tido como o sétimo maior em população,

com um número estimado de 58.446 habitantes, seu clima é definido ainda como um clima tropical quente. Integra-se 4ª Macrorregião de Saúde e 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba (IBGE, 2010).

O PAPS é pertencente à Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), vinculada ao Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, conveniada à Prefeitura Municipal de Cajazeiras - Paraíba. No PAPS, atuam duas equipes multiprofissionais de ESF, que prestam ações assistencialistas em nível de APS.

O motivo que levou a escolha deste local foi por ser uma Unidade Básica de Saúde-escola, onde há a presença constante de estudantes da área de saúde que aplicam seus saberes teórico-práticos com a supervisão direta de profissionais das equipes multiprofissionais, surgindo o interesse da pesquisadora.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Bergamaschi, Souza e Hinning (2011), a definição de população é o conjunto de elementos que apresentem características em comum, compondo corpo total dos elementos em estudo. A população do referido estudo foi composta por 30 mulheres que se encontravam no período pós-parto.

A amostra é uma porção do universo total, possui características específicas de uma determinada população, ou seja, é um subconjunto do universo que é reunido mediante ao perfil do grupo, organizado conforme ao objetivo estabelecido (PRODANOV; FREITAS, 2013). A amostra desta pesquisa foi composta por 11 mulheres. Foram excluídas seis mulheres que se recusaram participar do estudo, cinco por residirem em microárea descoberta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas por mudança de endereço, e seis não foram contatadas após duas tentativas de busca em suas residências no período da coleta de dados.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: mulheres no período pós-parto residentes na zona urbana da área de abrangência do PAPS que tiveram sua gravidez interrompida devido ao nascimento do concepto entre os meses de março a agosto de 2017. Considerando esse período pelo fato da memória recente dos acontecimentos, podendo assim reproduzir dados pertinentes e mais fidedignos.

Foram excluídas da amostra as mulheres que não foram encontradas durante o período de coleta de dados; e que residem em microárea que não há cobertura pelos ACS.

4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizada uma reunião com os ACS para o levantamento de informações das mulheres residentes em suas respectivas microáreas que tiveram sua gravidez interrompida devido ao nascimento do concepto no período estabelecido para a pesquisa. Na mesma oportunidade foram agendadas as datas para que a pesquisadora os acompanhasse para a realização da primeira visita ao domicílio das mulheres.

Posteriormente foi feita a visita na residência das mulheres, com vista à formação de vínculo com a pesquisadora, reconhecimento do ambiente ao qual elas estão inseridas, explicação sobre a pesquisa e agendamento da data conveniente para se efetivar a entrevista.

A coleta de dados deu-se por meio de uma entrevista com gravação de áudio utilizando-se como guia um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) contendo perguntas a respeito do perfil sociodemográfico e antecedentes obstétricos; e questões subjetivas referente a assistência ao pré-natal e puerpério. As entrevistas ocorreram em suas residências de modo a deixar as participantes a vontade para manifestar livremente suas opiniões, pensamentos e conhecimentos.

A escolha de realizar a entrevista em domicílio se deu por considerar o ambiente mais confortável para responder as perguntas sem receio e permitir maior sigilo das informações coletadas e garantir o anonimato das participantes, respeitando os preceitos éticos. Cada entrevista durou em média 30 minutos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados das questões objetivas foram analisados por meio de estatística descritiva, ao qual os resultados foram gerados no software Microsoft Excel 2010, com a distribuição dos dados colhidos das variáveis em relação a quantidade da amostra, dispendo em tabelas para facilitar a interpretação dos dados obtidos. Segundo Magalhães e Lima (2015) a análise de estatística descritiva é uma parte do processo de interpretação dos dados observados, com técnicas que possibilitam a descrição e síntese das informações em características de interesse para o estudo, favorecendo a melhor compreensão dos dados.

Em relação aos dados coletados nas questões subjetivas, foi utilizado o método de análise de conteúdo seguindo a perspectiva de Laurence Bardin, no qual as informações foram

organizadas e categorizadas para interpretação de forma descritiva, através de exploração de bibliografia relevante para o estudo.

Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo refere-se a um método para organizar e analisar os dados obtidos, no qual busca classificar a mensagem de acordo com suas características. Portanto, pode-se dizer que este método é um conjunto de técnicas utilizadas para descrever o conteúdo da mensagem por meio de procedimentos objetivos, organizados e sistemáticos na descrição da mensagem e o seu sentido, processando-se nas seguintes etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Após as análises, os resultados foram discutidos e confrontados com a literatura pertinente.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente estudo foi realizado de acordo com os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios éticos e enaltecendo os aspectos que envolvem as pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2012).

A princípio, foi requisitado na Rede Escola do Município de Cajazeiras a anuência (ANEXO A) para ser feita a pesquisa. Posteriormente, a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras - Paraíba, telefone: (83) 3532-2000, sendo aprovada sob parecer Nº 2.261.973.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) foi devidamente assinado pelas mulheres que se dispuseram a participar, onde o TCLE teve duas vias, no qual uma ficou sob posse da entrevistada e outra com a pesquisadora. O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) foi dispensado seu uso por razão da adolescente ter recusado a participar da pesquisa.

O referido estudo apresentou riscos mínimos, pois não houve a realização de procedimentos invasivos. Contudo, a pesquisadora ficou atenta para possíveis constrangimentos e receios de responder algum questionamento a fim de manter as mulheres confortáveis. No ato da entrevista foi explicado a finalidade da pesquisa, sua relevância e como sucederia o manejo das respostas, assegurando as participantes proteção e confidencialidade das informações colhidas no trabalho. Em relação aos benefícios deste

estudo, ele oferece o subsídio de ampliação dos conhecimentos e reflexões sobre a temática abordada para os profissionais e gestores, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres no pré-natal e puerpério.

Em respeito e preservação dos dados das participantes, as mesmas receberam pseudônimos (SUJEITO), seguindo de uma numeração de ordem crescente de acordo com a sequência das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram dispostos em dois momentos. O primeiro referente ao perfil sociodemográfico e clínico das mulheres em período pós-parto, com dados quantitativos e análise estatística descritiva e o segundo concerne o delineamento das categorias de acordo com a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. Ambos discutidos sequencialmente.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS MULHERES

A amostra foi composta por 11 mulheres no período pós-parto. Na Tabela 1, verifica-se a distribuição pelas variáveis idade, estado civil atual, raça/cor (autodeclarada), grau de escolaridade, moradia, quantidade de pessoas que residem com a participante e renda.

TABELA 1- Distribuição das participantes por variáveis sociodemográficas. Cajazeiras - PB, 2017.

Variáveis	F	%
Idade		
20 a 24	4	36,4
25 a 29	2	18,2
30 a 34	3	27,2
35 a 39	2	18,2
Mínima – máxima	20 – 36	
Média (± desvio padrão)	28 (±6)	
Estado civil atual		
Casada/União estável	11	100,0
Raça/cor (autodeclarada)		
Branca	3	27,3
Parda	8	72,7
Grau de escolaridade		
Fundamental incompleto	1	9,1
Fundamental completo	1	9,1
Médio incompleto	2	18,2
Médio completo	4	36,3
Superior incompleto	1	9,1
Superior completo	1	9,1
Pós-graduação	1	9,1
Quantidade de pessoas que residem com a participante		
2 a 3 pessoas	7	36,3
4 a 5 pessoas	4	27,3
Mínima – máxima	2 – 5	
Média (± desvio padrão)	3 (±1,5)	
Renda familiar (salário referência: R\$ 937,00)		
≤ 1 salário	2	18,2
1 a 2 salários	7	63,6
3 a 4 salários	2	18,2
Mínima – máxima	<1 – 4	
Média (± desvio padrão)	1,7 (±1)	
Total	11	100

Fontes: Dados da pesquisa.

Constata-se que a maioria das entrevistadas encontra-se na primeira fase do ciclo de vida do adulto, que de acordo com Silva et al. (2015) está inserida em uma faixa etária apropriada para o desenvolvimento de uma gestação, em razão do seu corpo está preparado para a reprodução, reduzindo o aparecimento de complicações durante a gravidez e no parto, assegurando a integridade da mulher e o nascimento de um bebê saudável.

Quanto ao estado civil atual, estudo realizado em Patos-PB também mostrou uma maior prevalência de mulheres em união estável (40%) corroborando com os dados desta pesquisa (SILVA et al., 2015). De acordo com Anjos et al. (2014) a presença constante do

companheiro permite a construção do vínculo entre pai, mãe e filho, além de que um ambiente familiar e acolhedor proporciona que a mulher sintam-se mais segura e confiante, diminuindo os riscos de surgimento de sentimentos negativos. Contudo, é importante que as equipes de saúde aprimorem o acolhimento e a preparação do casal para a chegada do conceito, prevenindo o surgimento de ciúmes e de sentimentos de isolamento pelo companheiro que pode interferir no relacionamento do casal.

Em relação à raça/cor, (autodeclarada), observa-se um maior quantitativo de pardas, assemelhando-se aos dados do IBGE (2010), onde declara que o Brasil apresenta cerca de 40% de população parda (autodeclarada). A crescente autodeclaração de raça/cor parda está relacionada aos aspectos físicos e, principalmente, culturais, além de outros fatores tais como campanhas, mobilizações do movimento negro e políticas públicas de ações afirmativas, sendo difícil determiná-la uma vez que é uma variável subjetiva (BRASIL, 2016).

Lamy e Moreno (2013) verificaram em seu estudo que a maioria da amostra dispunha de um grau de escolaridade suficiente para compreensão das orientações sobre a temática estudada, o que corrobora com o estudo em tela, que também pode estar relacionado a experiências prévias. Cardoso, Mendes e Meléndez (2013) relatam que o nível de conhecimento interfere no processo saúde-doença das pessoas, pois os níveis de instruções influenciam na captação e assimilação das informações ao qual está diretamente ligada ao autocuidado.

Observa-se que a maior prevalência da composição familiar foi de três a quatro pessoas, mulher, homem e filhos, constituindo-se em um modelo tradicional de família. Contudo, observa-se que em outros estudos, como o de Rezende e Souza (2012) a maioria das mulheres residiam com outros familiares. Pode-se sugerir que o fator socioeconômico encontra-se relacionado a saída ou não da residência da família nuclear, haja vista a necessidade de arcar com novas despesas. Independente de quem reside com a mulher no pós-parto, a presença da família representa uma base positiva, visto que as pessoas podem proporcionar um ambiente de apoio e segurança nos momentos de mudanças e fragilidade emocional da mulher.

A respeito da renda familiar, evidenciou-se uma média de 1,7 salários mensais, o que relaciona-se com a escolaridade da amostra. Esta associação pode interferir positiva ou negativamente na adequação da assistência ao pré-natal e puerpério decorrente do maior ou menor acesso as informações (SILVA, 2012). Martinelli et al. (2014) verificaram que puérperas com renda maior que um salário usufruíram de maior acesso aos procedimentos e exames, chegando a um porcentagem de 80%.

Na Tabela 2, observa-se a distribuição das mulheres em período pós-parto quanto ao número de gestação e partos, ocorrência de aborto e natimorto e número de filhos vivos.

TABELA 2 - Distribuição das participantes pelas variáveis; número de gestação e partos, abortos, natimorto, filhos vivos. Cajazeiras – PB, 2017.

Variáveis	F	%
Número de gestações		
1 a 2	10	90,9
≥3	1	9,1
Mínima – máxima	1 – 6	
Média (± desvio padrão)	1,9 (±1,4)	
Abortos		
0	10	90,9
1	1	9,1
Natimortos		
0	10	90,9
1	1	9,1
Tipo do Parto (último)		
Vaginal	1	9,1
Cesáreo	10	90,9
Filhos vivos		
1	5	45,45
2	5	45,45
3	1	9,0
Mínima – máxima	1 – 3	
Média (± desvio padrão)	1,6 (±0,6)	
Total	11	100

Fontes: Dados da pesquisa.

O número de gestações na amostra encontra-se compatível com o cenário nacional. Ao longo dos anos está ocorrendo uma diminuição progressiva da fecundidade nas mulheres brasileiras (REZENDE; SOUZA, 2012), como detectado pelos censos realizados pelo IBGE. Em 2010, por exemplo, apresentou-se de aproximadamente dois filhos por mulher com tendência regressiva e estando relacionado a fatores como educação, alimentação, maior acesso as informações, aquisição de métodos contraceptivos e ingresso da mulher no mercado de trabalho (CEDEPLAR, 2014). Consequentemente, com redução no número de partos.

No que tange ao tipo de parto, o Ministério da Saúde, por meio do PHPN e RC, propõe o incentivo as práticas dos partos de forma natural (BRASIL, 2013) devido as grandes vantagens que o parto fisiológico oferece para a mulher e ao concepto, também, a permite ser protagonista do trabalho de parto (COELHO, 2014). Entretanto, na prática, há um quantitativo muito maior de realização de cesáreas, que apenas deveria ser realizada quando existisse

algum risco de saúde para mãe ou para o bebê ou a mãe não possui indicativo para parto vaginal.

Segundo o MS, nas últimas décadas, o número de partos cesáreas vem aumentando decorrente do menor tempo de evolução, além de os profissionais obterem capacitação insuficiente e se sentirem desmotivados para o acompanhamento do parto por vias naturais (NUNES; SILVA, 2012). O processo de parir cada vez mais se torna um procedimento tecnicista com intervenções muitas vezes desnecessárias, implicando em aumento de tempo nas internações e complicações durante o parto e pós-parto (COELHO, 2014).

Apesar de que o aborto provocado ser ilegal no Brasil, salvo algumas exceções, sabe-se que ele ocorre e provoca aumento no número de óbitos em mulheres em idade fértil, em especial na classe menos favorecida, por se sujeitarem a situações precárias para a sua realização (OLIVEIRA et al., 2014). Muitos dos abortos só são descobertos em decorrência de complicações que obrigam a mulher a procurar os serviços de saúde. No estudo em tela uma participante revelou ter induzido um aborto por medicação oferecida pelo namorado na época em que ainda era menor de idade, o que corrobora com Santos et al. (2013) quando refere ao aborto em consequência de um gravidez não planejada.

Os princípios da RC enfatizam a garantia dos direitos das mulheres aos cuidados ao planejamento reprodutivo, com acesso aos meios contraceptivos ofertados pelos serviços de saúde (BRASIL, 2014), porém, por vezes não são respeitados, inclusive na assistência no período gravídico puerperal, podendo resultar em natimorto.

Os partos prematuros relacionados com o baixo peso ao nascer e os casos de malformações congênitas são as maiores causas de óbitos neonatais no Brasil, esses índices podem ser melhorados por meio de ações de promoção e prevenção da saúde enfatizada na assistência qualificada ao pré-natal. Vale ressaltar a importância da atuação da RC para a diminuição de óbitos neonatais, com bases em seus princípios de diretrizes para a qualificação da assistência materno-infantil (ALVES et al., 2017).

As quantidades de filhos vivos estão em conformidade com o número de gestações e paridade, o que sugere que a assistência ao pré-natal e puerpério repercutiu positivamente para o nascimento de crianças saudáveis.

Na Tabela 3, verifica-se o perfil da assistência recebida pelas mulheres em relação aos profissionais envolvidos e o tipo de rede de serviço utilizado.

TABELA 3 - Distribuição das participantes pelas variáveis: Profissionais envolvidos na assistência recebida pelas mulheres em relação aos profissionais envolvidos e o tipo de rede de serviço utilizado. Cajazeiras – PB, 2017.

Variáveis	F	%
Profissionais envolvidos no atendimento ao pré-natal		
Enfermeiro (ESF)	11	100,0
Agente Comunitário de Saúde	8	72,7
Médico (ESF)	7	63,6
Técnico de Enfermagem (ESF)	5	45,5
Médico especialista (obstetrícia)	1	9,1
Médico especialista (cardiologia)	1	9,1
Profissionais envolvidos no atendimento ao puerpério		
Enfermeiro (ESF)	10	90,9
Médico (ESF)	3	27,3
Agente Comunitário de Saúde	7	63,6
Técnico de Enfermagem (ESF)	3	27,3
Tipos de redes de serviços usufruídos pela mulher durante o pré-natal		
Público	7	63,6
Público/privado	4	36,4
Tipos de redes de serviços usufruídos pela mulher durante o puerpério		
Público	9	81,8
Público/privado	2	18,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando questionadas sobre os profissionais envolvidos no atendimento ao pré-natal e puerpério, observa-se maior prevalência dos profissionais da equipe da ESF, contudo com diferenças entre a atuação dos profissionais, por vezes indo de encontro ao recomendado pelo MS.

É notório que o enfermeiro é o principal profissional envolvido nas consultas de pré-natal e puerpério nas UBS's, porém é necessário atentar-se que outros profissionais devem dedicar-se mais para promover uma assistência qualificada, entre eles os ACS, que tem a competência de proceder a busca ativa e acompanhamento em domicílio das gestantes e informar a equipe quando em período pós-parto para execução da vista puerperal (ARAÚJO et al., 2010) entre outros profissionais (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar a extrema importância da interação de uma equipe multiprofissional de saúde na atenção integral da mulher no período gravídico e puerperal (LAMY; MORENO, 2013) para detecção precoce das vulnerabilidades e riscos, com finalidade de desenvolver condutas benéficas em favor de uma gestação, parto e puerpério sem intercorrências (LIMA et

al., 2015). A participação de equipe multiprofissional com interdisciplinaridade é fundamental para uma assistência humanizada e holística.

Observa-se que algumas mulheres também utilizaram a rede privada associada aos serviços públicos, em especial para a realização de exames durante a gestação por não estarem sendo autorizadas pela Secretaria de Saúde do município devido à troca de gestores, o que pode provocar danos à qualidade da assistência, em especial às mulheres com condições socioeconômicas menos favorecidas.

5.2 DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS

Considerando a questão norteadora “A Assistência oferecida às mulheres no pré-natal e puerpério é realizada de acordo com o que o MS preconiza?”, foram delineadas três categorias: Categoria 1 - Assistência ao pré-natal e puerpério; Categoria 2 - Equipe da Estratégia da Saúde da Família: atuação no atendimento humanizado; Categoria 3 - Qualidades e entraves na realização da assistência ao pré-natal e puerpério.

CATEGORIA 1 – ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

A presente categoria abrange a percepção das mulheres acerca da assistência recebida durante o período gravídico e puerperal, constituindo-se em um meio de verificar a qualidade do serviço prestado. Compreende-se que para um serviço de qualidade necessita-se da interação dos recursos humanos e materiais, além de uma infraestrutura adequada e o apoio da gestão para a satisfação das reais necessidades de que procura o atendimento.

Seguindo as recomendações do MS, o pré-natal e a consulta puerperal consistem em práticas que visam resultados maternos e perinatais positivos, dá-se por meio da adoção de medidas acolhedoras, realização de intervenções e procedimentos considerados benéficos, incorporação de ações educativas, identificação de afecções e situações de riscos precocemente, vinculação entre o pré-natal e local de ocorrência do parto e articulações entre as redes de serviços obstétricos (VIELLAS et al., 2014; LUZ et al., 2016).

Pode-se observar nas falas abaixo que a maioria das mulheres sentiram-se acolhidas no momento da procura pelos serviços.

"No começo para a consulta de pré-natal elas mandavam aguardar e esperar a sequência, aí tinha um atendimento com os estagiários que

eles pesavam, em seguida entrava no consultório da enfermeira, aí lá faziam as perguntas, como é que tava a gestação [...]" (SUJEITO 4).

"Foi bom! Eu gostei, assim, foram bastante atenciosos [...]" (SUJEITO 7).

"Lá no posto, eu fui bem atendida, [...] eles [Profissionais] queriam as informações do que estava sentindo, pergunta a você se tinha sentindo alguma coisa, ela [enfermeira] sempre foi atenciosa nesse sentido" (SUJEITO 8).

"Se tivesse alguma queixa a gente ia dizer, ela [Enfermeira] conversava perguntava o que eu sentia, o que tinha a dizer, perguntava sobre as dúvidas" (SUJEITO 11).

De acordo com Silva, Andrade e Bosi (2014) as atitudes de acolhimento, escuta ativa e diálogo constituem ferramentas de suporte para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e usuária, representando o primeiro passo para um atendimento humanizado. Tais atitudes, denominadas de tecnologias leves, interações interpessoais sem o uso de mecanismos tecnológicos, repercutem positivamente nos cuidados por permitir a troca de informações, o diálogo e a escuta (ORTIGA; CARVALHO; PELLOSO, 2015).

Constata-se que todas as mulheres tiveram no mínimo seis consultas, o que encontra-se em conformidade ao recomendado pelo PHPN, sendo considerado um atendimento de qualidade, preferencialmente quando distribuídas uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre, e a consulta puerperal nos 10 primeiros dias pós-parto.

"Mulher, eu realizei mais de oito consultas" (SUJEITO 4).

"No pré-natal foram sete consultas" (SUJEITO 11).

"Depois que ganhei bebê, [...] a enfermeira veio aqui no mesmo dia que eu cheguei [...]" (SUJEITO 3).

"No puerpério com 10 dias elas vieram aqui em casa para tirar meus pontos, aí a ACS veio antes para fazer o cartão do SUS e ver como é que tava" (SUJEITO 4).

"Elas vieram aqui sete dias depois do parto" (SUJEITO 6).

Quanto a realização das consultas no pré-natal, observa-se que a situação não é unânime em todas as regiões do Brasil, como averiguado por Polgiane et al. (2014) ao qual

comprovaram em seu estudo que as participantes realizaram em média quatro consultas, o que pode por em risco a efetividade do pré-natal e a obtenção dos objetivos.

No puerpério, o MS recomenda que é indispensável a assistência a mulher na primeira semana pós-parto, entre 7 a 10 dias, com base em uma estratégia denominada como "Primeira Semana de Saúde Integral", que visa ações na atenção integral materno-infantil, a fim de contribuir na redução da mortalidade materna e infantil, visto que a maioria das complicações nesses grupos ocorrem na primeira semana logo após ao parto (BRASIL, 2013), contudo, esta consulta não foi realizada para todas as mulheres.

"Ninguém me acompanhou no meu resguardo [...], visita mesmo não teve nenhuma não!" (SUJEITO 2).

A fala corrobora com o estudo de Mendes et al. (2016) onde trata sobre a assistência prestada as puérperas, os autores afirmam que as consultas puerperais devem ser mais valorizadas pelos profissionais, visto que é de suma importância o contato do profissional com o binômio mãe-filho para o fortalecimento dos cuidados necessários e oferecer segurança e confiança para melhor adaptação da mulher as novas mudanças de vida.

Durante as consultas, a investigação dos fatos e realização de procedimentos pelos profissionais envolvidos foi satisfatória de acordo com a avaliação das mulheres, como pode ser verificado nas falas.

"Perguntaram um monte de coisa, meu nome, idade, onde eu morava, e se já tinha engravidado" (SUJEITO 2).

"Ela [Enfermeira] faz a ausculta do bebê, ver a questão da altura uterina, faz várias entrevistas pra saber como é que está, solicita exame, olha exame, essas coisas" (SUJEITO 7).

O MS indica que na primeira consulta deve-se realizar um exame físico completo, independente da idade gestacional, na tentativa de prevenir problemas no período gestacional, além das informações pessoais e familiares pregressas e atuais da mulher e avaliação obstétrica (BRASIL, 2013), o que não foi percebido com clareza no discurso das mulheres.

Em relação às ações e procedimentos realizados durante os atendimentos domiciliares as puérperas, constatou-se que a avaliação puerperal poderia ter sido mais ampla, não se restringindo à ferida operatória e avaliação do RN.

"Elas só pediram pra olhar minha cirurgia e pronto!" (SUJEITO 3).

"Elas vieram aqui tiraram os pontos, examinaram a criança (SUJEITO 7).

“No resguardo eles vieram aqui, mediram minha pressão, olharam o menino, mediram e pesaram” (SUJEITO 10).

É notório que a assistência ao RN deve ser estimulada, porém não devem desconsiderar os cuidados às puérperas, em razão de que nesta fase as mulheres sofrem várias transformações físicas, psicológicas e emocionais. Portanto, é necessário que os profissionais não negligenciem os cuidados às puérperas (PEREIRA; GRADIM, 2014).

Segundo o MS durante a consulta puerperal no domicílio deve realizar a anamnese das mulheres com a observação do cartão da gestante onde está registrado todo o acompanhamento da gravidez; averiguar o tipo de parto; se houve intercorrências durante a gravidez, parto ou pós-parto; se enquanto gestante recebeu orientações sobre o teste para sífilis ou HIV durante a gestação e parto, o uso de medicações e indagar sobre as queixas e dúvidas. É preconizado ainda investigação sobre o bem-estar da puérpera principalmente em aspectos psicológicos e emocionais (BRASIL, 2013).

Quanto à realização dos exames complementares solicitados, a maioria das mulheres referiu ter feito pela rede pública, entretanto algumas tiveram que realizá-lo na rede privada devido a não autorização pela secretaria de saúde, haja vista foi em período de transição de governo vindo a prejudicar os serviços essenciais de saúde.

“Fiz sim, fiz todos, fiz particular, porque tinha uns que não tinha lá na policlínica e foi bem no mês de janeiro que tava tudo trocando o pessoal, tina uns que tava trabalhando lá e outros não estavam, ai eu preferi logo fazer tudo particular” (SUJEITO 2).

“Fiz os exames, fiz vários, as sorologias todas, HIV, sífilis, citomegalovírus, toxoplasmose, um monte” (SUJEITO 7).

“Fiz de sangue, de urina, de fezes, hemograma, ultrassom” (SUJEITO 10).

“Fiz todos os exames, as sorologias, o de sangue, a cada trimestre eu fazia” (SUJEITO 11).

Os exames de rotina são importantes dados para a identificação de riscos que podem comprometer a saúde materno-infantil. O MS preconiza que sejam realizados os exames em cada trimestre, porém a oferta destes serviços pode variar de acordo com a situação atual vivenciada na localidade. Cavalcante et al. (2016) também detectou fragilidades em seu estudo quanto ao agendamento dos exames de rotina para o atendendo dos prazos estabelecidos pelo MS, o que resultou na busca pelos serviços da rede privada.

Ao serem questionadas sobre a imunização, todas as mulheres referiram ter tomado todas as doses estabelecidas para as gestantes, porém observa-se descontinuidade na assistência no período pós-parto, por não complementação do calendário vacinal por uma das mulheres.

"Tomei as vacinas da gripe e as outras não precisei, porque eu tinha tomado na gestação anterior" (SUJEITO 4).

"Tomei a Hepatite B que ainda tá faltando uma dose, tomei a da gripe e tomei a dT" (SUJEITO 11).

Além da administração das doses das vacinas preconizadas, pode-se verificar o conhecimento das mulheres sobre a sua importância para ela e seu conceito. No entanto, Pacheco (2011) demonstrou em seu estudo que as taxas de imunização antitetânica não atingiram o esperado, mesmo as gestantes frequentando as consultas de forma satisfatória, o que provoca um risco à saúde do binômio mãe-feto.

Quando indagadas sobre o consumo de ácido fólico e sulfato ferroso, as mulheres relataram fazer o uso dos dois medicamentos, salvo algumas mulheres que já utilizavam complexos vitamínicos.

"Os medicamentos que tomei foi o ácido fólico, eu tive anemia também tomei o sulfato ferroso e vitamina só" (SUJEITO 7).

"[...] o ácido fólico, geralmente ela [Enfermeira] insistia para que eu tomasse tudo certinho" (SUJEITO 8).

Contatou-se a partir das falas que as mulheres têm consciência da importância do uso do ácido fólico e do sulfato ferroso para o bem-estar e desenvolvimento adequado do feto. A utilização desses medicamentos durante a gravidez é rotina instituída pelo MS assegurada pelas secretarias de saúde com a finalidade de garantir o desenvolvimento fetal adequado dentro dos padrões de maturação normais e impedir o surgimento de anemias (MAIA; TREVISOL; GALATO, 2014), inclusive no período puerperal.

Quanto ao incentivo à participação do companheiro durante os atendimentos do pré-natal observou-se não ser unânime para todas as gestantes, como pode ser visto nas falas.

"Me orientaram ao pai acompanhar toda vez que eu fosse no posto e a participar do parto também" (SUJEITO 2).

"Não me orientaram para a participação do pai durante as consultas" (SUJEITO 3).

"Sim, sempre eke [Companheiro] ia comigo (SUJEITO 4).

"Ele não foi, porque durante as consultas é no horário que ele [Companheiro] trabalhava, [...], mas ele sempre foi bem presente" (SUJEITO 7).

A estimulação da participação do companheiro no pré-natal constitui meio para oportunizar o protagonismo familiar, atuação e responsabilização nos cuidados estabelecendo uma atenção humanizada. A inclusão do companheiro, diretamente ou indiretamente, favorece a continuidade dos cuidados, salientada durante o pré-natal e puerpério, em razão de o homem ser culturalmente um indivíduo de forte significado. É de competência dos profissionais que acompanham a mulher, incentivar a participação do companheiro durante as consultas, exaltando a figura paterna, valorizando as opiniões e desejos do casal (BARRETO et al., 2015).

Quando questionadas sobre as orientações de autocuidado recebidas nas consultas individuais e em grupo, observaram-se divergências entre as mulheres.

"Orientavam sobre a higienização" (SUJEITO 2).

"Ela [Enfermeira] dava orientação, por exemplo, se eu tivesse pressão alta não era pra comer determinados alimentos, essas coisas!" (SUJEITO 4).

"Eles [Enfermeira e estagiários de enfermagem] falaram sobre questão de alimentar bem, fazer algum exercício, como a caminhada, por exemplo!" (SUJEITO 7).

"Não participei de grupos, porque não tive conhecimento se tinha, porque ninguém me chamou, não me convidou para nada! (SUJEITO 3).

"Não participei de grupo de gestante, porque eu trabalhava, mas ela chamava, mandava o convite, brigava quando eu não ia" (SUJEITO 4).

"Participava todo o mês do grupo educativo, dos grupos da UFCG que os alunos iam lá dá palestra, recebia o convite e ia por livre e espontânea vontade" (SUJEITO 5).

Percebe-se que as orientações no pré-natal foram diversificadas, diferenciando do estudo de Araújo, Araújo e Santana (2014), onde foi mais focada na questão alimentar. O MS recomenda que deve-se orientar quanto às mudanças fisiológicas; imunização; higienização; alimentação; cuidados com o RN, mamas e estimulação do aleitamento materno; sexualidade;

direitos da gestante; vias de parto, com incentivo ao parto vaginal; entre outros (BRASIL, 2013).

De acordo com Araújo, Araújo e Santana (2014) afirmam que é necessário oferecer as gestantes, principalmente as primigestas, ações educativas, isso favorece a diminuição de sentimentos negativos que podem surgir em mulheres que não passaram pela experiência de parir, além de compartilhar experiências com as outras gestantes e desmistificar informações errôneas acerca do ciclo gravídico-puerperal.

No entanto, ressalta-se a importância dos acadêmicos de enfermagem como apoio aos serviços de saúde, abordando temas diversos e atualizados sobre os cuidados ao pré-natal, parto, puerpério e RN.

Observa-se que as mulheres não foram orientadas amplamente sobre o autocuidado no período pós-parto, inclusive o retorno após os 42 dias, mas sim deram ênfase aos cuidados com o recém-nascido.

"Então, com um mês fui no posto, fui fazer a puericultura da bebê, e lá não me falaram nada sobre o resguardo, só examinaram a menina, mediram, pesaram, essas coisas" (SUJEITO 2).

"Mandaram eu ir dar a vacina do neném e ir mensalmente para o acompanhamento do neném, mas comigo não" (SUJEITO 8).

"Orientou a continuar limpando a cirurgia do jeito que eu tava limpando, com álcool a 70% e sabão neutro, e pra ter cuidado" (SUJEITO 4).

"Falaram pra eu não fazer esforço, ficar de repouso, porque meu parto foi cesáreo e só!" (SUJEITO 6).

"Não me orientaram muito não, [...] orientou tipo se eu sentisse alguma coisa procurasse por eles, mas graças a Deus eu não precisei não!" (SUJEITO 7).

Verificou-se nos discursos que não foi dada a devida importância aos cuidados puerperais e à revisão após o período de 42 dias, salvo aquelas que apresentaram aumento da PA, o que vai de encontro ao PHPN, que considera esse atendimento imprescindível no conjunto da assistência à mulher no período gestacional e puerperal, porém os serviços e para alguns profissionais o parto simboliza o desfecho do ciclo gravídico-puerperal (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013).

A Rede Cegonha ressalta que deve ser realizada uma assistência humanizada, integral e holística e que enfatize ações para o autocuidado referente a alimentação,

higienização e atividades físicas; ao sono e repouso, à inspeção da loquiação; ao planejamento familiar; aos cuidados com a episiorrafia ou com a incisão cirúrgica; sexualidade; cuidados com as mamas, aleitamento materno exclusivo e quanto ao RN (BRASIL, 2013).

Na assistência ao pré-natal, percebeu-se que em relação ao acolhimento, número de consultas, ações e procedimentos, solicitação dos exames laboratoriais e de imagem, imunização, orientações sobre o autocuidado e informações pertinentes, prescrição de medicamentos, como o ácido fólico e sulfato ferroso e incentivo a participação do companheiro nas consultas, as mulheres, em sua maioria, expressaram satisfação, isso implica dizer que o atendimento oferecido as essas mulheres se enquadram nas recomendações mínimas preconizadas PHPN, caracterizando o pré-natal como qualificado e humanizado.

No entanto, na assistência ao puerpério, ainda evidencia-se uma lacuna na realização de um atendimento integral, dando ênfase a avaliação do RN, restringindo a consulta puerperal, com foco nas informações aos cuidados a ferida operatória e com poucas orientações sobre o autocuidado e revisão puerperal após os 42 dias pós-parto, fugindo do contexto do PHPN.

CATEGORIA 2 - EQUIPE DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO NO ATENDIMENTO HUMANIZADO

A presente categoria enfatiza a compreensão que as participantes têm sobre o significado de humanização da assistência durante o pré-natal e puerpério e sua efetivação na assistência oferecida pelos profissionais de saúde

Observou-se que a maioria das mulheres não apresentava conhecimento sobre o conceito de humanização, porém, foi melhor compreendido após abordagem da pesquisadora.

"Boa pergunta essa! Talvez eu não saiba responder direito, [...] comecei a ouvir isso há pouco tempo sobre humanização do parto e tudo mais. Então, não vou negar que desconheço um pouco do que seja" (SUJEITO 1).

"Não entendo praticamente nada, não entendo muita coisa não, não sei nem o que eu acho o que seja, não sei nem o que dizer, não vem nada na minha cabeça" (SUJEITO 5).

Dias e Deslandes (2016) também constataram em seu estudo o pouco conhecimento que as gestantes possuem em relação à humanização na assistência ao ciclo gravídico e puerperal, como também não foram orientadas sobre a temática pelos serviços de saúde, o que pode ser decorrente do ainda presente modelo biomédico de atendimento, em

que a ótica dos cuidados ao indivíduo está voltada ao biológico, com foco limitado na integralidade do ser humano, ocasionando uma divergência nas relações de vínculo e empatia entre profissionais e usuárias do serviço (CARVALHO, 2016).

Desta forma, a humanização emerge como uma nova percepção do processo de saúde-doença que visa atender o indivíduo relacionando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos e espirituais (NUNES; SILVA, 2012), compreendendo-o como ser autônomo e protagonista na constituição de um modelo de atenção e gestão de saúde, reconhecendo suas reais necessidades. Logo, a humanização configura-se em uma atividade institucional, político, ético e afetivo que deve funcionar para a coletividade no contexto do SUS (CARVALHO, 2016).

Após abordagem, as mulheres entrevistadas começaram a relacionar a humanização com o bom atendimento durante a prestação da assistência, caracterizando-a como humanizada.

“Por exemplo, ela [Enfermeira] e os técnicos de enfermagem estarem todo tempo sempre lhe dando uma boa assistência, não tenho o que dizer deles, são todos muito bons” (SUJEITO 9).

“Que o atendimento foi bom? Não tenho o que dizer delas não, o que precisei, o que estava ao alcance delas, elas fizeram por mim” (SUJEITO 10).

O relato das participantes corrobora com o estudo de Guerreiro et al. (2012) onde verificaram que os enfermeiros das UBS utilizaram da empatia como ferramenta para a realização dos cuidados, posto que era perceptível maior adesão dos usuários ao serviço, pois os clientes sentiam-se mais acolhidos. As gestantes relataram sentirem mais seguras, demonstrando a importância de um atendimento com base no acolhimento, empatia, escuta e diálogo, como requisitos necessários para a realização de uma assistência de qualidade e humanizada.

Contudo, cinco participantes apresentaram conhecimento mais amplo indo ao encontro do PHPN.

“[...] a forma como a gente é orientada em todas as coisas [...], a preocupação em saber como eu tava, [...] quando ele me via, chamava e conversava, fazia de novo os exames, tinha toda a preocupação, orientava o que fazer e como proceder e tudo mais” (SUJEITO 1).

“Eu acho que seja tratar com respeito e dignidade as pessoas assim, e claro tendo um atendimento [...], você ir e conseguir ser atendida, não ter que esperar o dia todinho, entendeu? Uma coisa nesse sentido!” (SUJEITO 7).

“Acho que é bom ter o acompanhamento nas consultas, assim, sempre [profissional] perguntar sobre algumas dúvidas, orientar a pessoa o que comer, o que não comer, essas coisas” (SUJEITO 11).

“Considero que foi humanizado sim, porque não faltou nada pra mim” (SUJEITO 3).

“Foi sim, porque tive toda a assistência né?” SUJEITO 4).

“Considero sim, porque eu gosto do jeito que faz” (SUJEITO 6).

“Meu atendimento foi ótimo, porque hora que eu precisei, elas estavam todas, tenho o que dizer não” (SUJEITO 10).

O sentido da palavra humanizar vai além de atender com atenção e empatia, significa olhar com atenção as circunstâncias, vulnerabilidades e demandas do próximo, visto que as atividades laborais tem como alicerce as relações humanas (AMARAL, 2011). Segundo o MS, o protocolo para implantação do PHPN e recentemente a RC, tem como objetivo reformular o modelo de atenção materno infantil a fim de garantir a melhoria no acesso, cobertura e qualidade nos atendimentos ao pré-natal, parto e puerpério às mulheres e assistência ao RN (MARTELLI et al., 2014).

Este fato assemelha-se ao discurso sobre o conceito de humanização na perspectiva das entrevistas, como elas demonstraram um pouco de conhecimento em relação a temática, logo elas apontaram a forma de atender como requisito para classificar a assistência humanizada. Portanto, isso evidencia o quanto é necessário abordar essa temática nos serviços de saúde, pois é direito de todos receberem um atendimento humano e de qualidade, uma vez que o cuidado de qualidade é inerente as relações humanas (NUNES; SILVA, 2012).

Constatou-se que todas as participantes apontaram o enfermeiro como o profissional mais presente durante o acompanhamento, seguido dos agentes comunitários de saúde. Algumas mulheres referiram, também, os estagiários de enfermagem como autores ativos no processo de humanização, fato que chamou bastante atenção.

“Só a enfermeira mesmo, a agente de saúde também [...].” (SUJEITO 3).

"Ela [Enfermeiro], gosto muito dela, ela lhe trata muito bem, todo mundo, ela é bem atenciosa e bem cuidadosa, eu gosto muito dela" (SUJEITO 7).

"Eu acho que ela [Enfermeiro] que me atendeu super bem e essa menina que te falei ela [Estagiária], fui muito bem atendida, gostei muito do atendimento dela, ela vai ser uma ótima profissional" (SUJEITO 8).

"Para mim tudinho, a agente de saúde, a enfermeira [...] sei que tudo tem que passar por ela, tem os que trabalham lá, os enfermeiros que estava estagiando tudo gente fina" (SUJEITO 10).

As falas expressas pelas mulheres vão ao encontro do estudo de Carvalho (2016), onde constata a satisfação das mulheres com consultas com os enfermeiros, correspondendo a 98% de aceitação, por razão de esse profissional conduzir as consultas com atenção, escuta ativa, sanando dúvidas, realizando um atendimento adequado, para as entrevistadas.

Notou-se que o enfermeiro é o elemento fundamental e com capacidade técnica e científica para executar o acompanhamento durante o período gestacional com o desenvolvimento de estratégias e ações de educação, colaborando para a promoção e prevenção da saúde materna infantil, a fim de proporcionar uma gestação e puerpério tranquilos, sem riscos de complicações decorrentes de hábitos inadequados (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Em relação aos ACS como parte da equipe de saúde para o desenvolvimento de ações voltadas ao atendimento materno-infantil, constituem-se em peças indispensáveis no elo entre serviço e usuária, exercendo a função de rastreamento precoce das gestantes e busca ativa das faltosas para realização da assistência ao pré-natal, além de estimular as gestantes a comparecerem as consultas e comunicar as necessidades das mulheres detectadas nas visitas domiciliares, esse fato entra em conformidade com o que é preconizado pelo PHPN (PAVANATTO; ALVES, 2014).

Quanto a presença do estagiário de enfermagem no atendimento humanizado, Barreto et al. (2015) abordam em seu estudo quanto o curso de graduação em enfermagem está passando por mudanças no processo pedagógico no que se refere em exceder o modelo biomédico, porém o autor salienta que esta mudança no processo de ensino-aprendizagem deve ocorrer em todas as profissões, rompendo a dicotomia entre ensino e prática, aproximando os discentes das políticas e programas de saúde com a realidade dos serviços,

formando um profissional ativo, com empatia e escuta ativa das gestantes, caracterizando a formação dos profissionais de enfermagem fortalecido nos pilares da humanização.

Quanto a participação do profissional médico das ESF's, observou-se fragilidades, tanto na assistência de pré-natal quanto puerperal. Apenas uma participante referenciou em seu relato a presença do médico da ESF como profissional no atendimento humanizado.

"A enfermeira, a médica e os estagiários que sempre estavam presentes" (SUJEITO 4)

O relato desta participante converge com o estudo de Lamy e Moreno (2013) em que retrata também a presença dos médicos, representando 98% das mulheres que tiveram atendimento com essa classe profissional e receberam orientações deste sobre os cuidados na gravidez, o uso de suplementação férrica e de vitaminas, o propósito dos exames complementares solicitados e sobre os cuidados nutricionais adequados.

Barreto et al. (2013) detectaram em seu estudo que as consultas de enfermagem são mais eficazes do que a do profissional médico, uma vez que foi constatado que o mesmo realiza atendimento rápido, não conhecendo o histórico e contexto ao qual a gestante se encontra.

Portando, o PHPN, complementado com a RC, tem como objetivo favorecer a execução das ações das equipes da atenção básica às gestantes e puérperas (BRASIL, 2013), porém para a qualificação da atenção materno-infantil é necessário a integração de todos os componentes da equipe dos serviços (GUERREIRO et al., 2012).

Percebeu-se o quando o acolhimento é necessário para a realização de uma boa relação entre profissionais e usuárias, porém é visível que os profissionais devem realizar ações educativas a fim de orientar as usuárias sobre o tema em tela, visto que constitui-se um direito universal. Verificou-se, também, a importância do enfermeiro nas realizações de ações em saúde no contexto materno-infantil na APS, além da satisfação das usuárias sobre a assistência recebida, todavia deve-se incentivar o elo por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para a realização de uma assistência integral, segundo as recomendações do PHPN.

CATEGORIA 3 – QUALIDADES E ENTRAVES NA REALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Essa categoria busca averiguar as qualidades e dificuldades percebidas pelas mulheres durante o acompanhamento de pré-natal e puerpério realizada na APS.

De acordo com as participantes o atendimento no período gestacional e pós-parto apresentou muitas qualidades, a iniciar pela própria assistência prestada, boa acolhida, orientações adequadas como equipe multiprofissional, dentre outras.

"Eu me senti muito assistida por eles" (SUJEITO 1).

"As qualidades é que quando chegava lá, eles atendiam a gente bem, examinavam tudo direitinho, orientavam quando fosse preciso tomar medicação, se fosse pra passar pelo médico já adiantavam durante o pré-natal" (SUJEITO 2).

"Achei o serviço bom, um trabalho bom que eles fizeram, praticamente esse posto é o melhor, [...] com certeza a melhor assistência de posto, o melhor foi o PAPS, tem dentista pra nós, tem praticamente tudo" (SUJEITO 5).

"Tudo lá é bom, eu achei que foi bom, em termo de acompanhar e de escutar, de ter toda a assistência" (SUJEITO 11).

O bom atendimento é um dos pilares para humanização, visto que a postura admitida pelos profissionais que acompanham a mulher na realização dos cuidados são elementos fundamentais para a concretização da humanização e qualificação da assistência. Observa-se que o acolhimento e empatia foram os elementos fundamentais para as mulheres classificarem o atendimento como bom, demonstrando que o cuidado está diretamente associado com as relações interpessoais, habilidades técnicas e do respeito por parte dos profissionais referente aos sentimentos das mulheres (CASSIANO et al., 2015).

A construção do vínculo entre as mulheres e os profissionais de saúde proporciona sentimentos de segurança e confiança por parte das usuárias, possibilitando um ambiente de protagonismo da mulher e retorno espontâneo da mulher ao serviço (BARRETO et al., 2015).

Outra qualidade citada foi relacionada a educação em saúde proporcionada pela equipe, visto a presença principalmente de primíparas.

"Sempre tem orientação, palestras indicando o que é certo e o que é errado" (SUJEITO 4).

As ações de educação em saúde consistem em um dos componentes para qualificação da assistência, uma vez que fornecem o entendimento sobre as mudanças ocorridas no processo gestacional, parto, puerpério e cuidados com o RN, contribuindo assim para o empoderamento da mulher e diminuição de risco e complicações nestas fases (CABRAL; HIRT; SAND, 2013).

Uma participante evidenciou a qualidade técnica dos profissionais, referindo que as mulheres se sentem mais seguras e confiantes com profissionais bem preparados para exercer as atividades de pré-natal, conseguindo detectar os possíveis riscos e promovendo a prevenção das intercorrências.

"[...] examinavam tudo direitinho, orientavam quando fosse preciso tomar medicação, se fosse pra passar pelo médico já adiantavam durante o pré-natal" (SUJEITO 2).

"Se você tiver alguma coisa, eles descobrem né! Eles te acompanham, [...] pra mim lá é muito bom" (SUJEITO 6).

De acordo com Rocha e Andrade (2017) o número de gestante que buscam as ESF para a realização do acompanhamento de pré-natal está crescendo, visto que as equipes de saúde demonstram qualidade na prestação dos serviços, principalmente os profissionais de enfermagem.

Quanto aos entraves percebidos pelas mulheres para um atendimento humanizado, os discursos relataram demora no atendimento e limitação de senhas.

"Eu acho que às vezes era pra ser menos pessoas para fazer as consultas, porque às vezes vem um bocado de mulher, aí fica uma esperando a outra e é demorada a consulta, tem que diminuir mais, ser mais ligeira [...]" (SUJEITO 4).

"Eles demoram muito, porque eles conversam demais ali dentro, [...], assim eles orientam, só que orientam demais, às vezes a mente da gente não aguenta [...]" (SUJEITO 5).

"Eu só não acho muito correto assim, [...] você ter que esperar a manhã inteira pra ser atendida, porque é por ordem de chegada, tem muitas grávidas e tudo mais [...] O número de fichas, isso é uma falha grande, eu fui esses dias cheguei era umas 9 horas da manhã e não tinha vaga" (SUJEITO 8).

Percebe-se uma contradição nas falas descritas anteriormente, pois ao mesmo tempo em que querem limite de gestantes para a realização do pré-natal reclamam da limitação das senhas. Verifica-se semelhança entre este estudo e o de Silva, Andrade e Bosi (2014), onde as entrevistadas referiram insatisfação com o longo tempo de espera para o atendimento dado que as mulheres para ser atendida necessitam dirigir-se muito cedo ao serviço, antes do horário de funcionamento, para garantir a vaga para consulta, isso denota obstáculos para o acesso ao serviço, o que diverge do discurso oficial do PHPN.

O PHPN aponta em seus objetivos assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal. Portanto, para um serviço de saúde ser de qualidade deve criar possibilidades que previnam longas esperas organizando o fluxo de atendimento priorizando a gestante nas filas, oportunizando as mulheres fácil acesso aos serviços de saúde, elaborando estratégias que minimizem obstáculos, garantido o direito a gestante a acessibilidade ao atendimento humanizado (BRASIL, 2002).

Outro entrave expresso pelas participantes está na demora do aprazamento e realização dos exames laboratoriais e de imagens pela rede pública de saúde.

"Assim, quando a gente precisa de um exame deixa lá pra marcar, quando vem receber a requisição [...] já tem passado dois ou três meses. Como eu mesma, era pra eu fazer uma ultrassom [...], quando marcaram que olharam a data eu já teria ganhado a menina. O negócio de marcação eu acho muito devagar!" (SUJEITO 2).

No estudo de Fontaneli e Wisniewski (2014) identificaram dados similares ao presente estudo em relação a demora no processo de agendamento e realização dos exames de rotina, sendo um fato estressor para as mulheres, devido a importância da realização destes para avaliação e classificação do risco pré-natal. Carvalho et al. (2017) afirmam que os resultados dos exames podem detectar problemas clínicos e obstétricos precocemente, evitando o surgimento de intercorrências que podem levar riscos à vida do binômio mãe-filho.

Outro ponto negativo identificado nos discursos está na realização de consultas pelo profissional médico.

"Eu acho que deveria ter mais consulta com o médico, porque no meu caso eu não cheguei a fazer nenhuma [...]" (SUJEITO 7).

"Quase que eu não via a médica, vi no finalzinho da gravidez quando ela me encaminhou para a maternidade, até então não tive consulta nenhuma com ela, não sei se isso é certo, mas eu não tive" (SUJEITO 8).

É evidente que as consultas em sua maioria ou totalidade na ESF são realizadas apenas por enfermeiros, todavia o MS recomenda que o acompanhamento ao pré-natal de baixo risco deve ser realizado por meio de consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos, bem como, a consulta puerperal ser realizada pelos mesmos profissionais (BRASIL, 2013). Portanto, é de extrema importância a interação de uma equipe multiprofissional de saúde na atenção integral da mulher no período gravídico e puerperal (LAMY; MORENO, 2013) para detecção precoce das vulnerabilidades e riscos, com finalidade de desenvolver condutas

benéficas em favor de uma gestação, parto e puerpério sem intercorrências (LIMA et al., 2015).

Em suma, observou-se como qualidade do serviço apontada pelas mulheres está na forma do atendimento, acolhida e orientações, outro fator positivo está na realização da educação em saúde, principalmente para as primíparas, seja elas de modo informal durante as consultas nos momentos de orientações, como nas palestras oferecida em grupo de gestantes, onde elas realizam a troca de vivências, o que caracteriza uma assistência humanizada. Quanto aos entraves foram identificadas algumas fragilidades evidenciando nos discursos das entrevistadas a demora na espera do atendimento, número limitado de senhas, a não ou pouca realização de consultas pelo profissional médico, lentidão na demora do aprazamento e realização dos exames laboratoriais e de imagens pela rede pública de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação e o puerpério são fases que englobam várias mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais no organismo da mulher, devendo ser acompanhada por profissionais habilitados e competentes para prevenir complicações reduzindo a morbimortalidade materno-infantil.

É notória a importância de realizar intervenções que são consideradas benéficas para a manutenção da qualidade de vida da mulher. Toda essa assistência deve expandir-se desde o período pré- concepcional até o pós-parto por intermédio dos exames clínicos, obstétricos, laboratoriais e as orientações pertinentes a fase vivenciada pela mulher, considerando o companheiro e a família.

No que tange as limitações, esta pesquisa apresentou algumas, como: a resistência por parte dos profissionais em disponibilizar os dados do público-alvo; a não efetivação de algumas entrevistas pelo fato das mulheres não se encontrarem em seus domicílios durante a coleta de dados, justificando a quantidade da amostra; pouca participação dos profissionais que exercem suas atividades laborais no local do estudo na pesquisa; e pouca literatura indexada nas bases de dados para aprofundamento da temática, visto que a humanização nos serviços de saúde é um tema recente.

Vale ressaltar que muitas são as dificuldades encontrados pelos profissionais de saúde no atendimento de qualidade e humanizado as mulheres no período de vida abordado nessa pesquisa. É perceptível que para o sucesso na humanização durante a gestação e puerpério é preciso que os profissionais obtenham conhecimentos teórico-práticos suficientes que os tornem habilitados para exercerem suas atividades laborais de forma adequada e satisfatória. Nessa perspectiva recomenda-se um aprofundamento efetivo da temática durante a formação dos acadêmicos nas instituições de ensino, para que exerçam suas atividades de forma eficiente, oportunizando a assistência integral à saúde da mulher nessa fase de vida.

Enfim, sugere-se que seja refletida a sistematização de estratégias que visem a implementação da humanização nas instituições de saúde, com vistas à implantação e elaboração de políticas públicas que transformem as condições de trabalho dos profissionais que exercem a assistência materno-infantil, principalmente dos profissionais de enfermagem, que são os mais atuantes na realização das atividades do grupo em questão, valorizando-os, capacitando-os por meio da educação continuada e oferecendo subsídios para que atuem na promoção da saúde das gestantes e puérperas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. G. et al. Política de Humanização da Assistência ao parto com base à implementação Rede Cegonha: Revisão Integrativa. **Rev. Enferm; UFPE online**, Recife, v. 11, n. 2, p. 691-702, fev., 2017
- ANJOS, J. C. S. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**, v. 28, n. 2, abr./jun., 2014.
- ARAÚJO, S. M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, p. 61-67, jul./dez., 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Ltda, 2011.
- BARRETO, C. N. et al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-4363, jun., 2013.
- BARRETO, C. N. et al. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. especial, p. 168-176, 2015.
- BERGAMASCHI, D. P.; SOUZA, J. M. P.; HINNING, P. F. **População, amostra, variável, coleta de dados, apuração de dados e apresentação tabular**. Bioestatística aplicada à Nutrição. FSP/ USP, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p.
- _____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da População Negra**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface: Comunicação-Saúde-Educação**, v. 20, n. 56. p. 135-145, 2016.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Exames laboratoriais em gestantes atendidas pelo programa de acompanhamento pré-natal do município de Ijuí – RS. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 19, p. 127-131, jul./dez., 2010.

CABRASL, F. B.; HIRT, L. M.; SAND, I. C. P. V D. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: de medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 281-287, 2013.

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; MELÉNDEZ, G. V. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 85-992, jan./mar., 2013.

CARVALHO, E. et al O acesso aos exames básicos no atendimento pré-natal: Revisão Integrativa. **Atas InvestigaçãO Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 100-109, 2017.

CARVALHO, M. A. L. **Análise da assistência pré-natal na rede básica de saúde de um município do semiárido piauiense**. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016.

CASSIANO, A. N. et al. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 1, p. 2051-2060, jan./mar., 2015.

CEDEPLAR. Estimativas de população para o Brasil: total do país, unidades federativas e municípios, 2010-2030. BELO HORIZONTE | SETEMBRO | 2014

COELHO, K. R. **Avaliação do grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento no médio Vale de Jequitinhonha em Minas Gerais**. 2014. 135 f. Tese (Doutorado em saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CORRÊA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00136215.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2017.

DIAS, R. R. **A Importância do pré-natal na atenção básica**. 2014. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2014.

FERNANDES, L. T. B. Atuação do Enfermeiro no Gerenciamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 219-226, 2016.

FONTANELLA, A. P. S.; WISNIEWSKI, D. Pré-natal de baixo risco: dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 7, n. 3, p. 11-16, jun./ago., 2014.

FUJITA, J. A. L. M.; SHIMO, A. K. K. Parto humanizado: experiências no Sistema Único de Saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 1006-1010, out./dez., 2014.

GAMA, P. S. F. **Assistência ao pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família e seus desafios**. 2014. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, abr./jun., 2102.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**.

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015

KEZH, N. H. P. **Participação Social em Saúde**: aspectos históricos e sociais relacionados à representação dos trabalhadores de saúde no Conselho Municipal de Saúde, 2014.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**. 29. ed. , Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

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

LIMA, L. P. M. et al., O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 39-46, jul./set., 2015.

LUZ, V. L. E. S. Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puérpera. **R. Interd.**, v. 9, n. 1, p. 13-23, jan./fev., 2016.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A. C. P. **Noções de Probabilidade e Estatística**. 7ª ed. São Paulo: Edusp, 2015.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, jul./set., 2013.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 3, n. 2, p. 56-64, 2014.

MENDES, C. R. A. Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 65-72, 2016.

MENDES, P. D. G. et al. O papel educativo e assistencial de enfermeiros durante o ciclo gravídico-puerperal: a percepção de puérperas. **R. Interd.**, v. 9, n. 3, p. 49-56, jul./ago./set., 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. , São Paulo: Hucitec, 2008.

NOGUEIRA, C. M. C. S. et al. Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 01-10, out./dez., 2016.

NUNES, D. C.; SILVA, L. A. M. Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, v. 4, p. 57-68, set., 2012.

OLIVEIRA, M. A. M. et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 69-82, set./dez., 2014.

OLIVEIRA, R. L. et al. A. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 21, p. 08 telas, mar./abr., 2013.

ORTIGA, E. P. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 5, n. 4, p. 618-627, out./dez., 2015.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 4, p. 761-770, out./dez., 2014.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. Consulta puerperal: A visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-42, jan./mar., 2014.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]** : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, D. J. M.; SOARES, D. B.; OLIVEIRA, K. C. A. N. Avaliação da assistência pré-natal: relevância dos exames laboratoriais. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 28 n. 4, p. 5504-512, out./dez., 2015.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo in Formação**, v. 16, n. 16, p. 45-69, jan./dez., 2012.

- ROCHA, A. C.; ANDRADE, G. S. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal; percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga – GO em diferentes contextos sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 30-41, abr., 2017.
- SANTOS, F. A. P. S.; BRITO, R. S.; MAZZO, M. H. S. N. Puerpério e revisão pós-parto: significado atribuídos pela puérpera. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 854-858, out./dez., 2013.
- SANTOS, V. C. et al Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.
- SILVA, D. C. et al. Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 5, n. 2, p. 50-56, abr./jun., 2015.
- SILVA, D. S. B. et al. Pré-natal através do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 81-85, set./dez., 2014.
- SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out./dez., 2014.
- SILVA, M. V. E. **Início tardio do pré-natal: Revisão integrativa da literatura**. 2012. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2012.
- SILVA, Ú. et al. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1273-1279, abr., 2016.
- SOUSA, A. J. C. Q.; MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V. Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco em uma Unidade Básica de Saúde. **Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX**, v. 10, n. 10, 2012.
- SOUZA, G. C. A., COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.
- TOMASI, E. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017.
- VERSIANI, C. C. et al., Significado de parto humanizado para gestantes. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 1. p. 1927-1935, jan./mar. , 2015.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014.
- WINTERS, J. R. F.; PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, abr./jun., 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Dados de Identificação:

- Idade: _____
- Estado civil (atual): () Casado () Solteiro () União estável () Viúvo
() Separado/Divorciado () Outros: _____
- Raça/cor (autodeclarada): () Branca () Preta () Parda () Indígena () Outra: _____
- Grau de Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo
() Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto
() Superior Completo () Outros: _____
- Mora onde? () Zona urbana () Zona rural
- Mora com quantas pessoas? _____
- Renda familiar? _____
- Antecedentes Obstétricos: Gesta ____ Para ____ Aborto: Espontâneo () Provocado
() Natimortos () Filhos vivos _____
- Tipo de Parto (último): () Vaginal () Cesárea, qual mês foi realizado: _____
- Em qual ESF fez o pré-natal e foi atendida no puerpério?
- Quais profissionais envolvidos no atendimento ao:
 - Pré-natal: () Médico(a) () Enfermeiro(a) () Técnico(a) de Enfermagem ()
Agente Comunitário(a) de Saúde () Outros: _____
 - Puerpério: () Médico(a) () Enfermeiro(a) () Técnico(a) de Enfermagem ()
Agente Comunitário(a) de Saúde () Outros: _____
- Tipos de Rede de Serviços de Saúde que foi usufruído pela mulher durante:
 - Pré-Natal: () Pública () Privada () Misto
 - Puerpério: () Pública () Privada () Misto

Questões Norteadoras

- Descreva como foi a assistência recebida durante o pré-natal e puerpério.
- Para você, o que é humanização da assistência ao pré-natal e puerpério?
- Você considera que seu atendimento foi humanizado?
- Quais profissionais se destacaram no atendimento mais humanizado?

- Aponte quais qualidades e fragilidades percebidas por você durante a assistência ao pré-natal e puerpério nos serviços de saúde?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Laísa de Sousa Marques, eu sou discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- Centro de Formação de Professores (UFCG-CFP) e o Sr^a está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa intitulada **“HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO”**.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: a justificativa para realizar esta pesquisa se dá pelo fato de querer compreender como ocorre a assistência ao pré-natal e puerpério para ampliar os conhecimentos sobre a temática e subsidiar a assistência as gestantes e puérperas, constatando a relevância do estudo em tela para a comunidade acadêmica, a sociedade e para os profissionais de saúde. O objetivo dessa pesquisa é investigar se a assistência ao pré-natal e puerpério ocorrem de forma humanizada. Para a coleta de dados, será feita uma entrevista com gravação de voz utilizando-se de um questionário como guia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: O referido estudo dispõe de riscos mínimos, pois não há a realização de procedimentos invasivos; todavia as participantes poderão não responder de forma esperada a qualquer pergunta pelo fato de não dominarem ou não terem conhecimento sobre a temática abordada, não se sentirem confortáveis, em virtude de compartilhar informações de cunho pessoal e confidencial, bem como, se sentirem incomodadas em falar um determinado assunto. Nestas circunstâncias, caberá a pesquisadora favorecer o relaxamento das mulheres, propondo um espaço cômodo para que amenize esses

sentimentos, deixando a entrevistada à vontade para que responda todas as questões. Compete a pesquisadora administrar a situação da melhor forma possível e amigável para assegurar a participação das mulheres, a fim de evitar a suspensão da entrevista. Em relação aos benefícios deste estudo, ele oferecerá o subsídio de ampliação dos conhecimentos e reflexões sobre a temática abordada para os profissionais e gestores, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres no pré-natal e puerpério.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação da Sr^a nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que não há nenhum risco físico, como também a entrevista é realizada de forma individual.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sr^a será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A Sr^a é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pela Sr^a na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e outra será fornecida a Sr^a.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para a Sr^a e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional, porém caso se sinta lesada será ressarcida, desde que solicite. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa a Sr^a, e CASO HAJA ALGUM, SERÁ GARANTIDO INDENIZAÇÃO POR PARTE DO PROPONENTE.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Laísa de Sousa Marques certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio.

Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante **Laísa de Sousa Marques** através do telefone **(83) 99977-4229**, e-mail **laisamarques184@gmail.com** ou a Prof^a Mestranda orientadora da pesquisa **Gerlane Cristinne Bertino Vêras** através do telefone **(83) 99399-6634**, e-mail **gc.veras@bol.com.br**. Além disso, fui informada que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, localizada na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras - Paraíba, o contato disponível para informações é pelo telefone: (83) 3532-2000.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2017.

Assinatura da Participante
da Pesquisa

Nome

Assinatura da Pesquisadora

Nome

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Adolescente, você está sendo convidada para participar do estudo intitulado “**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**”, tendo como pesquisadora responsável **Laísa de Sousa Marques**, Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Formação de Professores (UFCG/CFP), sob orientação da **Profa. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras** vinculada a Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG).

Sua participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo geral investigar se a assistência ao pré-natal e puerpério ocorrem de forma humanizada. Espera-se que o resultado da pesquisa oferte o subsídio de ampliação dos conhecimentos e reflexões sobre a temática abordada para os profissionais e gestores, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres no pré-natal, parto e puerpério.

Caso decida aceitar o convite, você será submetida ao(s) seguinte(s) procedimento(s): responder um questionário por meio de entrevista gravada previamente elaborado pela pesquisadora contendo perguntas sobre seu perfil socioeconômico e clínico e conhecimento sobre a humanização da assistência ao pré-natal e puerpério. O referido estudo dispõe de riscos mínimos, pois não há a realização de procedimentos invasivos; todavia as participantes poderão não responder ou não conseguirem responder de forma esperada a qualquer pergunta pelo fato de não dominarem ou não terem conhecimento sobre a temática abordada, não se sentirem confortáveis, em virtude de compartilhar informações de cunho

pessoal e confidencial, bem como, se sentirem incomodadas em falar um determinado assunto. Nesta circunstância caberá a pesquisadora favorecer o relaxamento das mulheres, propondo um espaço cômodo para que amenize esses sentimentos, deixando a entrevistada à vontade para que respondam todas as questões, compete a pesquisadora administrar a situação da melhor forma possível e amigável para assegurar a participação das mulheres, a fim de evitar a suspensão da entrevista. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário.

Esta pesquisa não lhe dará ônus, porém caso lhe traga e você solicite, será ressarcida. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizada.

Você ficará com uma via rubricada e assinada do termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a pesquisadora responsável, cujos dados para contato estão especificados abaixo.

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Laísa de Sousa Marques

Instituição: UFCG/CFP

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras –
PB - Telefone: (83) 99977-4229 - Email: laisa_sousa-marques@hotmail.com

Dados para contato com a orientadora da pesquisa

Nome: Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Instituição: ETSC/CFP/UFCG

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras –
PB - Telefone: (83) 9399-6634 - Email: gc.veras@bol.com.br

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim desejar. A pesquisadora, explicou-me os procedimentos e certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a identificação individualizada. Ela

comprometeu-se, também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora responsável. Além disso, fui informado (a) que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras, situado na Rua: Sérgio Moreira de Figueiredo- s/n bairro: Casas Populares, Cajazeiras-Pb, Cep: 58.900-000 ou pelo telefone (83) 3532-2000.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2017.

Assinatura da Participante
da Pesquisa

Nome

Assinatura da Pesquisadora

Nome

APÊNDICE D – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **Gerlane Cristinne Bertino Vêras**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da discente do curso de Graduação em Enfermagem, **Laísa de Sousa Marques**, cujo projeto de pesquisa intitula-se “**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**”.

Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientando nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, 17 de julho de 2017.

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu, **Laísa de Sousa Marques**, discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a docente **Gerlane Cristinne Bertino Vêras**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**”.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 17 de julho de 2017.

Leusa de Leusa Marques

Assinatura da Pesquisadora Participante

APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, **Profa. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras** vinculada a Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG) e **Láisa de Sousa Marques**, Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Formação de Professores (UFCG/CFP), abaixo – assinados, respectivamente, orientadora e orientanda da pesquisa intitulada “**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras, 17 de julho de 2017

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Orientadora

Láisa de Sousa Marques

Orientanda

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Cajazeiras, 09 de Junho de 2017

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **“HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL E PUERPÉRIO”** à ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) Láisa de Sousa Marques, sob a orientação do (a) professor (a) Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Renata Emanuela de Queiroz Régo
Coordenadora da Rede escola
Portaria de Nº 003.2017

Renata Emanuela de Q. Régo
Especialista
COREN-PS 350.144