



Artigo Original

Mulheres em puerpério: representação social sobre o atendimento da enfermagem no momento do parto

Women in puerperium: social representation on nursing care at the time of labor

Bruna Rafael Mota¹
 Mariane Andrade Muniz Waltrick²
 Tatiane Muniz Barbosa³

¹ Universidade do Planalto Catarinense, UNIPLAC

² Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

³ Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI

Resumo: A humanização na assistência ao parto promove saúde e qualidade de vida e proporciona para a parturiente suporte emocional, fortalecendo o vínculo entre os familiares e entre mãe-bebê. Diante disso, buscou-se investigar a representação social de mulheres, em puerpério tardio, sobre o atendimento prestado por profissionais de Enfermagem durante o parto normal. Essa pesquisa, de cunho qualitativo, foi aprovada pelo CEP/UNIPLAC (Parecer nº 794.938) e utilizou entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas, após aplicação do TCLE, com mulheres que vivenciaram parto normal e estavam em puerpério tardio. A análise dos dados, por meio de análise temática, indica que na maioria dos casos a profissional responsável pelo parto é a enfermeira obstetra e que houve o contato mãe-bebê imediatamente após o parto e a presença de um acompanhante no momento deste. As participantes desse estudo afirmaram que os profissionais que as assistiram durante a vivência do parto não passaram informações referentes ao tipo de parto. Entretanto, relataram ter recebido informações sobre o pós-parto como: importância da amamentação, cuidados com o bebê e cuidados com os pontos. As mulheres em puerpério consideram que os profissionais foram atenciosos, porém, observaram sentir a falta de um médico no momento do parto, descrevendo essa situação com o sentimento de insegurança. Os resultados apontam que algumas práticas de assistência em saúde ainda "fogem" dos princípios do atendimento humanizado, uma vez que a episiotomia e amniotomia se fizeram presentes nos relatos de algumas puérperas.

Palavras-chaves: Assistência, Parto, Profissionais de Enfermagem.

Abstract: The humanization of childbirth care promotes health and quality of life and provides emotional support to the mother, strengthening the bond between family members and between mother and baby. Therefore, we sought to investigate the social representation of women in late puerperium on the care provided by nursing professionals during normal delivery. This research, qualitative nature, was approved by CEP / UNIPLAC (Opinion No. 794 938) and used semi-structured interviews as a data collection instrument. The interviews were conducted after application of IC, with women who experienced vaginal delivery and were in late puerperium. Data analysis through thematic analysis indicates that in most cases the professional responsible for the delivery is the midwife and was the mother-infant contact immediately after birth and the presence of a companion at the time of this. The study participants said that the professionals who attended during the experience of childbirth did not pass information about the type of delivery. However, they reported receiving information about postpartum as the importance of breastfeeding, baby care and care of the points. Women in puerperium consider that professionals were attentive, however, observed to miss a doctor at delivery, describing the situation with the feeling of insecurity. The results show that some health care practices still "fleeing" the principles of humanized care, once the episiotomy and amniotomy were present in the reports of some mothers.

Keywords: Assistance, Parturition, Nurse Practitioners.

1. Introdução

O parto é um momento relevante na vida da mulher, um acontecimento singular para mãe e filho; por envolver aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, é considerado um fenômeno complexo e objeto de estudo em várias ciências (MALDONADO¹, 2005; BEZERRA e CARDOSO², 2006).

Com o passar dos anos o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, deixando de lado o acolhimento e a atenção à mulher. Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos proporcionaram avanços na qualidade da assistência obstétrica, porém ainda se observam dificuldades de acesso aos serviços de saúde de qualidade para as mulheres. Entre os riscos relacionados à assistência ao parto se elencam o medo de não encontrar vagas nos serviços; ser negligenciada ou desrespeitada pelos profissionais de saúde; não receber informações sobre o trabalho de parto, sua saúde e a de seu filho e ficar sozinha (HOTIMSKY³, et al., 2002; CASTRO e CLAPIS⁴, 2005).

Estes riscos se caracterizam na organização da assistência do parto e denotam “violência institucional”, que se expressa por meio da negligência na assistência, violência verbal e física, discriminação social e uso inadequado de tecnologia (intervenções e procedimentos desnecessários) que resulta em intervenções com possíveis riscos e sequelas (D’OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002, apud AGUIAR e D’ OLIVEIRA⁵, 2011).

A partir de 1998 o Ministério da Saúde iniciou uma série de incentivos voltados à humanização no parto, enfatizando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias e preconizar um parto participativo à parturiente (BRASIL 1998, apud TEIXEIRA e BASTOS⁶, 2009).

A Portaria nº 371/2014 do Ministério da Saúde instituiu diretrizes para a organização dessa atenção integral e humanizada, consistindo na assistência por profissionais de Enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal) ou de Medicina (preferencialmente pediatra ou neonatologista), que exercitarão as práticas de atenção humanizada desde o período anterior ao parto até que o recém-nascido seja encaminhado junto à mãe ou à unidade neonatal. Esses profissionais devem assegurar o contato pele a pele mãe-bebê, imediato e contínuo, e estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida (BRASIL⁷, 2014).

Diante destes apontamentos, a relevância científica dessa pesquisa implica em contribuir para que a comunidade acadêmica tenha acesso a mais estudos nesta área e se sinta instigada a realizar mais buscas sobre o tema. Acredita-se que o investimento em estudos científicos tende a melhorar a qualidade da assistência ofertada nos serviços em saúde. Além disto, em busca (não sistematizada) realizada pelas pesquisadoras nos bancos de dados Scielo, Lilacs e Google Acadêmico, no período de Março à Junho de 2014, utilizando as palavras: “assistência no parto”, “assistência ao parto em Santa Catarina”, “assistência ao parto na região serrana de Santa Catarina” e “assistência ao parto no município de Lages”, não foram encontradas pesquisas sobre o tema de assistência ao parto, o que denota que esse campo de pesquisa requer investimentos.

Esta pesquisa é socialmente relevante posto que a vivência do parto é subjetiva e transforma substancialmente as relações mãe-bebê e do grupo familiar. Assim, se a família produzir conhecimentos sobre seus direitos do parto pode exigí-los frente às políticas públicas e refletir sobre as práticas dos profissionais envolvidos neste momento, assumindo-se corresponsável e protagonista do cuidado em saúde. Da mesma forma, os profissionais de Enfermagem, ao saber e acreditar na importância do seu papel no parto, tendem a qualificar a assistência, com foco à promoção de saúde.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo investigar a representação social de mulheres, em puerpério tardio, sobre o atendimento prestado por profissionais de Enfermagem durante o parto normal.

2. Percurso metodológico

Esta pesquisa se configurou como qualitativa, pois se refere a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, correspondendo a um espaço mais profundo das relações e fenômenos que não podem ser reduzidos à execução de variáveis (MINAYO⁸, 2010).

A pesquisa foi realizada em Lages/SC, que possui aproximadamente 160.000 habitantes (IBGE⁹, 2014), e conta com 28 Unidades de Saúde, totalizando 42 equipes de Atenção Primária em Saúde (APS). Dessas, 38 são equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as demais são equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A amostra dessa pesquisa foi extraída de duas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas em bairros próximos e periféricos da cidade. Deste modo, o universo de participantes da pesquisa foi composto por quatro (4) mulheres puérperas, que residiam no território das USF e que estavam em acompanhamento dos profissionais de saúde dessas. Os critérios de inclusão da amostra da pesquisa foram: mulheres maiores de 18 anos, que tiveram seus bebês por parto normal e que estavam no período do puerpério tardio (10^o ao 45^o dia após o parto).

A parceria com as USF deu-se devido a uma das pesquisadoras ter se inserido nas mesmas para realizar atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET Saúdeⁱ.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que segundo Boni e Quaresma¹⁰ (2005), combina perguntas abertas e fechadas. As entrevistadoras tiveram como base um roteiro de perguntas pré-estabelecidas, porém com flexibilidade para retirar e/ou adicionar perguntas quando necessário. O projeto de pesquisa foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIPLAC e foi aprovado, conforme Parecer nº 794.938.

As entrevistas se realizaram a partir do roteiro, foram registradas por meio de gravador de áudio e de anotações das pesquisadoras e aconteceram em local reservado nas residências das participantes e na USF. Respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, que foi lido e assinado pelos sujeitos da pesquisa.

Os dados foram analisados com base na análise temática, de acordo com as seguintes etapas: pré-análise que organiza o material; exploração do material que pressupõe aplicar o que foi definido na pré-análise e tratamento dos resultados obtidos e interpretações dos dados realizando-se leituras, para organização e apresentação dos resultados (MINAYO⁸, 2010).

Assim, construíram-se categorias temáticas, a partir das falas das participantesⁱⁱ, e essas foram analisadas com base nas interpretações das pesquisadoras e nos achados bibliográficos.

3. Análise e discussão dos resultados

A amostra da pesquisa foi composta por quatro mulheres com idade média de 30 anos, sendo uma casada e três solteiras. Em relação ao número de filhos, a média obtida foi de dois filhos, ou seja, observa-se que de modo geral essas mulheres já tinham passado por uma experiência de gestação e nascimento de bebê.

Três participantes tinham as seguintes profissões: Agente Comunitária de Saúde, Repositora no Comércio e Contadora. Quanto à escolaridade, duas tinham Ensino Fundamental completo e incompleto, uma tinha Ensino Médio e uma Ensino Superior (Especialização). A partir das falas dessas participantes, construíram-se as categorias que são apresentadas e discutidas a seguir.

ⁱ O programa visa à educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, de acordo com as necessidades do SUS. Convênio UNIPLAC e Ministério da Saúde, Portaria Interministerial nº 422, de 3 de Março de 2010.

ⁱⁱ As participantes foram denominadas com nomes de flores Orquídea, Rosa, Violeta e Jasmim, a fim de preservar a identidade das mesmas.

3.1 A esperada hora chegou: recepção na maternidade

Apresentam-se as falas das puérperas sobre o momento da chegada do bebê, sendo que a maioria das mulheres foi recebida por profissionais de Enfermagem, que logo após a chegada já as encaminharam para a sala de pré-parto e/ou para o centro obstétrico.

O parto, por sua natureza, não é um evento neutro, ele tem força para mobilizar níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa e por sua intensidade pode ajudar na reformulação da identidade da mulher. Na transição para a maternidade, a mãe passa por significativas turbulências de sentimentos, pois é chegado o momento em que mãe e bebê vão finalmente se encontrar (LEBOVICI, 1987, apud LOPES et al.¹¹, 2005). Para a mulher, é o momento de se deparar com o bebê real, que gestou por nove meses e que provavelmente será diferente do tão sonhado bebê imaginário, idealizado durante a gestação.

Também é o momento de se deparar com um produto seu, do seu corpo. É hora, portanto, de pôr à prova sua competência feminina de gerar, sua competência materna de cuidar e sua competência física de suportar as dores, e ainda, nutrir seu filho através da amamentação. Desta forma, o acolhimento na maternidade é fundamental para passar confiança para a parturiente (LOPES et al.¹¹, 2005).

Em relação a essa abordagem por parte dos profissionais, as participantes responderam:

Me receberam bem. O bebê já tava corando, me levaram direto pra sala de parto. (Rosa)

Só mandou deitar e ficar esperando a médica. Fiquei sozinha na sala da triagem, eu tava tentando procurar alguém porque eu tava com dor, só foram me entender a hora que minha mãe chegou com meus documentos. (Violeta)

Percebe-se que a partir da chegada à maternidade as parturientes tiveram os encaminhamentos de acordo com suas necessidades. Entretanto, Violeta relatou ter sido encaminhada para outra sala por não ter levado seus documentos, ficando sozinha, aguardando atendimento médico e sentindo dor. Diante disso, é possível refletir que promover o acolhimento não se limita ao ato de receber, mas implica em uma sequência de ações e modos que compõem o trabalho em saúde.

É preciso prestar uma assistência humanizada, saber ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando suas histórias de vida, incluindo os aspectos sociais, psicológicos e emocionais, uma vez que podem influenciar de modo significativo na vivência do parto. Para isso, os profissionais de saúde que se propõem a acompanhar essas mulheres nesse momento devem comunicar a sua prática, reconhecendo a importância do ato de acolher (DAVIM e TORRES¹², 2008).

O acolhimento é um aspecto importante e essencial da política de humanização e se caracteriza por uma recepção humana e atenta, na qual as queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres são ouvidas e assim lhes é garantida a responsabilidade, por parte da equipe, de resolver os problemas identificados (NASCIMENTO et al.¹³, 2010).

Quando os profissionais de saúde assumem ações, atitudes e comportamentos que buscam a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde e a dignidade humana, incorporam o cuidado que contribui para que a mulher vivencie o processo do parto de maneira prazerosa.

3.2 As informações em saúde na vivência do parto e pós-parto

A maioria das puérperas relatou que em suas vivências do parto não recebeu informações referentes ao tipo de parto (normal ou cesárea); porém, recebeu informações sobre o período do pós-parto.

Não, porque foi rápido, eu não esperava para aquela hora. (Rosa)

Em momento nenhum falaram como seria, eu perguntava e diziam que tinha que esperar ver se ia ter dilatação para ter normal ou não. (Orquídea)

Com as falas das participantes percebe-se que essas esperavam receber informações de como seria o seu parto. Contudo, pode se entender que as enfermeiras procederam de acordo com as manifestações que as mulheres apresentavam no trabalho de parto, como o bebê já estar nascendo ou ter que esperar para ver se teria dilatação necessária para o parto normal.

O grau de informação na assistência ao parto tem se mostrado como fator relevante para as mulheres, por aumentar a percepção de estar no controle relacionado ao próprio comportamento e também ao ambiente. Informar as mulheres sobre o tipo de parto representa o cuidado na atenção, repassa segurança à mulher e ainda constitui a característica desejável de um profissional ético (NAGAHAMA e SANTIAGO¹⁴, 2008).

Uma das participantes afirmou que as enfermeiras responsáveis repassaram informações que poderiam lhe estimular e ajudar caso tivesse dificuldade com a expulsão do bebê.

No momento que cheguei foram explicando que se eu precisasse tomar um banho, relaxar, o que poderiam fazer. (Orquídea)

As enfermeiras se disponibilizaram a oferecer recursos como, por exemplo, tomar banho, tornando desta forma o processo em si menos doloroso, oportunizando a parturiente a ficar mais relaxada, denotando assim, atenção e cuidado.

O papel do profissional que assiste e acompanha a mulher no momento do parto, além de fornecer as orientações em geral, é de proporcionar um ambiente humanizado, de modo que forneça à parturiente a sensação de confiança e tranquilidade. O profissional deve possibilitar às parturientes práticas como: fazer o uso do banho de chuveiro, deambulação (andar), exercícios de agachar e levantar, exercícios com a bola, aplicar-lhe massagem, enfim, práticas que procurem lhe deixar mais relaxada e colaborativa (PINHEIRO e BITTAR¹⁵, 2012).

Nascimento¹³ (et al, 2010), corroboram citando que as práticas e técnicas devem respeitar a natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres, preservando a saúde e segurança da mãe e do bebê. Vale pontuar que a entrevistada Orquídea relatou ter recebido uma informação das enfermeiras no momento do parto, após a introdução de um instrumento para a ruptura artificial da sua bolsa de líquido amniótico.

Falaram que facilitava para o bebê nascer, porque tive 11 horas de trabalho de parto. (Orquídea)

Diante disso, percebe-se que existe uma “falha” de comunicação entre a profissional e a parturiente, pois em um trabalho de parto com “tantas” horas poderiam se buscar outras práticas como as já citadas anteriormente, inclusive que foram explicitadas pelas próprias enfermeiras. A mulher deve ser encorajada a atuar como protagonista, pois tem o direito de

participar das decisões sobre o nascimento. Ressalta-se, porém, que as próprias mulheres parecem que ainda têm dificuldades em assumir um papel participativo no trabalho de parto em função da cultura de subordinação a que estão submetidas (NASCIMENTO¹³, et al., 2010). Dessa forma, é necessário conscientizá-las, discutindo quais as suas necessidades ou demandas, pois somente assim poderão reivindicar um cuidado melhor.

Quando indagadas sobre terem recebido informações referentes ao período do pós-parto, as mulheres expuseram informações mais evidentes como: amamentação, cuidado com o bebê e cuidado com os pontos realizados.

No hospital os bebês contam com uma equipe de profissionais especializados para realizar os cuidados necessários para o seu bem-estar, mas sua qualidade de vida está estritamente ligada com cuidados realizados pelas famílias, no domicílio. Ou seja, é necessário que a mãe esteja bem informada e preparada para que no momento que deixar a maternidade tenha autoconfiança para exercer os cuidados com o seu bebê (FONSECA et al.¹⁶, 2007).

Em relação ao autocuidado, o cuidado da mulher com o seu próprio corpo no período do puerpério, as participantes afirmaram que receberam as informações sobre como cuidar dos pontos realizados. Conforme Brasil¹⁷ (2006), as mulheres devem receber informações a respeito da higiene, alimentação, atividades físicas, atividade sexual, cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento, enfim, informações que subsidiem essa nova fase para a mulher.

No que tange à amamentação, percebe-se que todas as mulheres tiveram as informações necessárias para amamentar o seu bebê, o que demonstra que as enfermeiras tiveram o cuidado de repassar estas informações. Após a recuperação da puérpera, a enfermeira deve passar as informações sobre o aleitamento materno, sobre o colostro (primeiro leite), frequência das mamadas, posicionamento ideal. Enfim tudo que possibilite a nova mãe proporcionar uma boa amamentação para o seu filho (MARQUE, DIAS e AZEVEDO¹⁸, 2006).

Quando indagadas sobre sua percepção acerca dessas informações, as mulheres relataram:

Pra dar mama, porque primeiro ele não pegava direito no peito, me ensinaram e me ajudaram. (Violeta)

Ajudaram, principalmente de amamentar, que ela (se refere a filha mais velha) eu não amamentei, essa aqui (se refere ao bebê) eu to amamentando e eu to vendo a diferença. Não tem cólica, vejo que ela é mais saudável. (Rosa)

Para as entrevistadas Violeta e Rosa, as informações sobre amamentação estão ajudando no dia a dia, o que reforça a importância dessa conduta. Pois, como pontuam Maldonado, Dickstein e Nahoum¹⁹ (2002), no hospital a mãe sente a segurança da presença dos enfermeiros e dos médicos, sendo assim, o hospital torna-se um lugar seguro. A ida para casa pode representar a perda dessa proteção e a sensação de incerteza, onde as informações recebidas ainda na maternidade irão auxiliar.

3.3 Condutas e técnicas na evolução do parto

Nas falas a seguir as participantes Orquídea e Jasmim comentam sobre lacerações perineais espontâneas, relatando que não houve corte em suas vaginas. De acordo com Riesco²⁰ (et al., 2011), o peso do bebê aparece como a única variável associada, indicando que quanto maior o seu peso, maior será a ocorrência de lacerações.

Não, disseram que não realizaram nada, mas no caso se rasgou natural porque o neném era grande. Por isso que tive pontos depois, mas não que cortassem. Até preferia que tivesse o corte, porque pelo corte você tem um sentido só de corte. (Orquídea)

Três pontos superficiais. Não chegou a rasgar e não foi cortado, foi porque dilacerou um pouquinho no esticar na hora de nascer, o médico resolveu fazer esses pontinhos para ficar bonitinho. (Jasmim)

Na fala da puérpera Orquídea, observa-se a preferência pela realização do corte, justificando que o corte ficaria em um único sentido. Porém, isso pode ser associado a uma falta de conhecimento sobre as reais consequências do procedimento de um corte. Percebe-se ainda que apenas o médico justificou o porquê iria realizar o procedimento na entrevistada Jasmim.

Conforme o Manual de Assistência Humanizada à Mulher a ocorrência de lacerações perineais espontâneas é frequente, principalmente em mulheres que tem o seu primeiro filho. Lacerações de primeiro grau às vezes não necessitam sutura, as de segundo grau em geral podem ser suturadas com facilidade sob analgesia local e, cicatrizam sem complicações. As lacerações de terceiro grau podem ter consequências mais sérias e sempre devem ser suturadas para prevenir problemas de fístula ou incontinência fecal (BRASIL²¹, 2003).

Muitos profissionais que aderiram aos princípios da humanização, ao possibilitar as parturientes posições mais verticalizadas, ou “de lado”, estão nas evidências de menor desconforto e diminuição das lacerações vaginais ou perineais, além da diminuição das dores e do período expulsivo que reduzem a asfixia neonatal, devido à melhor circulação uterina (MOUTA²², et al., 2008). Este fato vem ao encontro do que a entrevistada Rosa relata, pois a mesma afirma não ter levado pontos e nem corte, e teve seu filho na posição de lado.

Não levei pontos e nem corte. Me deram opção, eu escolhi de lado. (Rosa)

Em contraponto, uma das participantes trouxe a seguinte fala:

Não rasgou, foi eles que cortaram e foi 5 pontos. (Violeta)

Com a resposta dessa participante, evidencia-se a Episiotomia, procedimento este que segundo a OMS e o MS, apud Santos e Shimo²³ (2008), baseados nas evidências científicas, é recomendado o uso restrito deste procedimento, sendo indicado somente em cerca de 10% a 15% dos casos. Ainda salienta-se que as mulheres devem ser informadas de quando este ocorrer. A partir da fala a seguir, percebe-se o desconhecimento da puérpera impedindo a tomada de decisão pela Episiotomia.

Ela só disse assim: 'vou fazer esse cortezinho aqui pra ele sair mais rápido'. (Violeta)

Existem profissionais que costumam realizar essa prática justificando, razões como: a prevenção de lacerações no períneo, melhor cicatrização, redução da duração do segundo estágio do parto, ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação para facilitar o nascimento, e facilidade na extração assistida por vácuo ou na utilização de fórceps. Por outro lado, os opositores do seu uso apontam que as lacerações podem ocorrer mesmo com a realização da Episiotomia e referem que a dor e o desconforto resultante desta conduta trazem consequências negativas, causando perda sanguínea, dor, edema e disfunção sexual (PREVIATTI E SOUZA²⁴, 2007).

Outra prática realizada que também merece destaque na fala de uma das participantes, foi a utilização de um instrumento para o rompimento da Bolsa de Líquido Amniótico, que segundo a puérpera, a mesma foi informada desse movimento para que o seu parto acontecesse mais rápido.

A amniotomia, rotura artificial das membranas amnióticas com a intenção de acelerar o progresso do trabalho de parto, está entre os procedimentos mais realizados na prática obstétrica. No entanto, a sua indicação permanece controversa, ou seja, apesar de permitir uma monitoração direta do fluido amniótico, esta intervenção está associada a desvantagens tais como, o aumento da deformação da cabeça do bebê, podendo provocar alterações na

característica da frequência cardíaca fetal e risco de deslocamento do cordão umbilical (BRASIL²⁵, 2009).

Não, só antes que estouraram a bolsa com a agulhinha, agulhinha não, um material próprio pra estourar a bolsa. (Orquídea)

Ainda em relação a procedimentos e instrumentos, umas das participantes delineou que foi utilizado um aparelho para “monitorar o bebê e as contrações”. Vale salientar que o aparelho estava sendo testado no momento.

Estavam testando um aparelho para monitorar a criança e as contrações e não estavam me vendo. Eu tava com dor, desconfortável, colocaram errado o negócio e aquilo machucou minha barriga, até o médico ficou brabo. (Jasmim)

Compreende-se, a partir da fala da entrevistada Jasmim, que a mesma sentiu-se desconfortável durante a realização deste procedimento, ressalta-se assim a importância do preparo dos profissionais no manejo dos instrumentos a serem utilizados.

Conforme a OMS recomenda, Santos²⁶ (2012), expõe que em relação específica aos serviços prestados, o enfermeiro deve possuir e conhecer as normas de procedimentos e instrumentos de modo a monitorar a evolução do parto de maneira eficaz, tendo sempre o cuidado e o respeito com as mulheres em todas as práticas que for realizar, preconizando a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê.

No que tange à escolha das parturientes pela posição no momento do parto, as respostas das mulheres foram avaliadas como positivas, afirmando que as enfermeiras lhes deram a opção de escolha e lhes ofertaram diversas maneiras, possibilitando a preferência da que fosse mais confortável para as mesmas.

No momento do período expulsivo, quando o bebê está prestes a sair, o relaxamento espontâneo das estruturas perineais maternas, a posição escolhida pela parturiente e a condução do parto de maneira adequada, propiciam a saída do bebê de uma maneira mais tranquila, menos dolorosa e com menores chances de lesões perineais (CRUZ E BARROS²⁷, 2010).

Desta forma, profissionais da Enfermagem, portanto, devem manter com a mulher uma relação de ajuda, uma assistência integral, tendo em mente o objetivo materno e adotar atitude de fortalecimento da habilidade da parturiente para que essa possa atuar eficaz e satisfatoriamente durante toda a vivência do parto (MAMEDE, MAMEDE-MARLI e DOTTO²⁸, 2007).

3.4 Assistência obstétrica e relação paciente/profissional de enfermagem

Nas entrevistas as mulheres trouxeram que os profissionais que acompanharam o parto foram enfermeiras, em especial enfermeiras obstétricas.

Foi a parteira que fez o meu parto e mais umas enfermeiras. (Violeta)

Foi a enfermeira parteira, foram duas que fizeram meu parto. (Orquídea)

Durante suas falas as entrevistadas utilizam a expressão “parteira” ao se referirem as profissionais que realizaram seus partos. De acordo com Riesco²⁹ (1998), parteira é o título mais antigo desta profissional, que já foi denominada como enfermeira obstétrica, e atualmente se denomina obstetrix. A expressão enfermeira obstétrica refere-se à consolidação da formação de

enfermeira com a titulação de especialista na área (obstetrícia).

A enfermeira obstétrica, conforme Castro e Clapis⁴ (2005), é um dos profissionais mais apropriados para o acompanhamento de partos normais de baixo risco. A Portaria MS 2.815/1998 inclui ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento do parto normal ser realizado por um profissional de Enfermagem com especialização em obstetrícia e tem como principal finalidade reconhecer a assistência prestada por estes profissionais, no que tange a humanização do parto (BRASIL²¹, 2003).

Na fala das entrevistadas pode-se perceber que o atendimento prestado no momento do parto foi bom, sendo que algumas das mulheres ressaltaram a qualidade destas enfermeiras serem atenciosas.

Foi ótimo, porque fui bem atendida, foram de muita paciência e atenção. Me ajudaram desde a hora que entrei, até a hora de sair. (Rosa)

Em contrapartida, algumas das entrevistadas sentiram a falta de cuidado e atenção em determinados momentos, pois se sentiram inseguras questionando desta maneira algumas condutas das profissionais de Enfermagem antes e no momento do parto.

Quando cheguei, acho que tinha que ter me dado mais atenção. Na chegada fiquei meio estranha porque fiquei com medo de ganhar o neném e não ter ninguém ali. (Violeta)

Na fala da puérpera Violeta, observa-se o sentimento de angústia relacionado ao medo de ganhar o seu filho sozinha. De acordo com Brasil²¹ (2003), o parto se constitui como um dos momentos fundamentais da vida da mulher. Desta forma, quando vivenciado com angústia, medo, dor e isolamento, pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, com chances de influenciar na relação mãe-bebê, além da vida conjugal e afetiva.

A participante Jasmim também discorre sobre sua percepção de falta de cuidado por parte das enfermeiras em sua fala:

Acho que poderia ter sido melhor, porque servi de cobaia pra esse aparelho. Foi um falta de cuidado, colocaram errado, era desnecessário. (Jasmim)

Nas falas das entrevistadas Violeta e Jasmim, percebe-se que as mesmas sentiram falta de cuidado. A não explicação de algumas condutas parece ter gerado sentimentos de impotência diante da situação que lhes surgiu. Acredita-se que esse fato reflete na representação social do atendimento prestado pelos profissionais de Enfermagem tendo em vista que o sentimento de impotência pode repercutir como "desassistência" na vivência do parto, caracterizando este fenômeno como a falta de cuidado por parte das enfermeiras.

O enfermeiro obstetra não pode garantir o resultado final do processo de parturição, mas pode salvaguarda-se de zelo e cuidados, evitando expor a mulher e o bebê a riscos desnecessários ao exercer suas atividades na assistência ao parto. As condutas do profissional de Enfermagem podem marcar a vida dos pacientes, causando satisfação ou descontentamento, estes profissionais devem estabelecer um diálogo que esclareça a finalidade da assistência, oportunize a liberdade de opção e descubra as dúvidas e expectativas dos pacientes (WINCK E BRUGGEMANN³⁰, 2010).

Duas das mulheres entrevistadas questionam a ausência do médico no momento do seu parto.

Só o médico que senti falta de estar ali na hora, porque se desse alguma complicação, só estavam as enfermeiras. Se o bebê tivesse atravessado? Não tinha suporte. (Rosa)

Por elas foi bem bom, achei que foram bem atenciosas, mas com relação ao médico não gostei, porque eu nem vi, ele nem entrou na minha sala pra ver como eu tava. (Orquídea)

As mulheres entrevistadas citaram que o atendimento das profissionais de Enfermagem foi satisfatório, porém em suas falas demonstraram insegurança em relação à falta da figura médica, como se a presença deste profissional trouxesse maior tranquilidade.

Segundo Kitzinger (1987, apud NOZAWA e SCHOR³¹, 1996), em nossa sociedade a ansiedade da mulher aumenta, devido à sucessão da utilização indiscriminada de procedimentos para a avaliação diagnóstica da vitalidade do feto, desconsiderando a subjetividade da mulher, que pode causar angústia e confusão na gestante, que em consequência subestimam sua própria capacidade de gerar e dar a luz à crianças saudáveis sem o auxílio do médico.

Salienta-se a importância da enfermeira obstétrica, pois como determina o Ministério da Saúde, a enfermeira obstetra é a profissional adequada a prestar cuidados de saúde, já que é reconhecida como agente que possui o vínculo mais estreito com a mulher (GRIBOSKI e GUILBERM³², 2006).

Nesse sentido, o grande desafio que se coloca para os profissionais de Enfermagem que prestam assistência ao parto e trabalho de parto, é o de trabalhar no empoderamento das mulheres para que estas não criem relação de subordinação ou dependência para com os profissionais, mas sim, sejam as protagonistas no momento do parto (SANTOS²⁶, 2012).

3.5 Suporte emocional, fortalecimento dos laços afetivos e vínculo mãe-bebê

A puérpera Jasmim traz em sua fala a importância que o acompanhante desempenhou do momento do seu parto.

Meu marido e uma amiga minha que ficou junto comigo o tempo todo. Muito bom, a gente não se sente sozinha. Eu ficava tendo as contrações, levantava, sentava, me acrocava e a gente ia conversando. (Jasmim)

O acompanhante seja ele o marido, companheiro ou uma amiga, não envolve necessariamente nenhum preparo técnico. A presença de um acompanhante no parto proporciona a mulher sensação de tranquilidade, de segurança, de estímulo e de alívio como se "dividisse" a dor do parto, além de repassar força e conforto a mãe. Vale ressaltar que a mulher tem direito, por lei, a ter um acompanhante, sendo a decisão de quem será o acompanhante e as condições que o mesmo estará presente, da própria mulher (CASTRO e CLAPIS⁴, 2005; OLIVEIRA³³ et al., 2011).

Salienta-se que a presença do acompanhante é importante não somente no momento do parto, mas no puerpério imediato também.

Tive, imediato, mas lá no parto não ficou ninguém porque não deu tempo. (Rosa)

O que se observou na fala da entrevista da Rosa, é que, logo após o nascimento do bebê teve a presença de um familiar. Como pontua Oliveira³³ (et al., 2011), o acompanhante pode oferecer o suporte necessário para a mãe nesse momento que é repleto de descobertas. Propiciando a mulher, ajuda com as tarefas básicas com o bebê e auxílio com a sua movimentação durante esse período de recuperação.

No que se refere ao contato imediato com o bebê, ou "pele a pele" como também é chamado, esta categoria traz ponderações positivas, em que todas as mulheres relatam ter recebido o contato imediato com o seu filho. Desta forma percebe-se que as enfermeiras tiveram o cuidado e a humanização de propiciar este momento de grande importância para a mãe e para o bebê.

O contato pele a pele entre mãe e bebê é de grande importância, pois é através dele que a criança começa a se integrar com o mundo e se preparar para experiências até então desconhecidas (CRUZ, SUMAM E SPÍNDOLA³⁴, 2007). Manter mãe e bebê juntos logo após o nascimento parece iniciar e estimular a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos que provavelmente fortalecem os laços

afetivos entre pais e bebês.

Em relação à percepção das puérperas sobre a importância desse contato, as respostas foram de grande significado demonstrando um momento de grande emoção vivido por elas. Em contribuição, Rosa³⁵ (et al., 2010), salientam que as mães, ao verem seus filhos pela primeira vez, sentem vontade de tocá-lo, de beijá-lo, e os bebês, ao se sentirem acariciados, acalmam-se e começam a perceber com tranquilidade o novo mundo, é um momento de muita emoção e de muito amor.

Não sei como explicar. É um momento maravilhoso, você não sabe se chora, o que faz, se você quer ficar olhando, se quer beijar... (Rosa)

Desta forma evidencia-se o quão gratificante foi a sensação de tê-lo em seus braços, o quão emocionante e sem explicações é esse momento, o que implica na importância que essa prática tem sobre a vida da mãe e do bebê.

O momento do primeiro contato deve ser valorizado em função do significado que tem para a mulher, pois é marcante para ela, de modo que influencia a sua trajetória e história de vida (BARBOSA³⁶, et al., 2010). Desta forma, a possibilidade de realizar o contato com o bebê o mais precocemente possível transmite à mãe tranquilidade e segurança.

Vale citar o que uma das puérperas falou sobre a positividade da sua vivência do parto em que teve a liberdade para se expressar e agir como se sentia melhor, fez o seguinte comentário sobre a tensão vivida nesse momento de grande emoção para a mulher.

Porque acho que as mulheres que ganham de parto normal, demoram para ganhar porque ficam lá quietas, a gente precisa levantar, caminhar, se abaixar, se erguer. Elas (as enfermeiras) dão todas as coordenadas, as mulheres às vezes ficam tão nervosas, porque ficam com medo de não aguentar a dor, que não prestam mais atenção. (Jasmim)

A fala da entrevistada Jasmim vem ao encontro do que a entrevistada Violeta relatou a seguir:

No momento do parto nem sei, porque daí já tava ganhando e nem vi direito, mas era bastante gente. (Violeta)

Ao se referir sobre a quantidade de profissionais que acompanharam o parto, a puérpera Violeta não soube responder com precisão, percebe-se então que ela estava com sua atenção voltada para a expulsão do bebê, denotando assim que o nervosismo de fato interfere na percepção das mulheres neste processo.

Conforme Melchiori³⁷ (et al., 2009), o parto normal é um acontecimento fisiológico que enaltece a autoimagem das mulheres que experenciam esse momento, porém para a maioria das mulheres o parto normal é motivo de grande temor e ansiedade, pelo medo do desconhecido e da dor que pode ocorrer nos primeiros períodos clínicos. Desta forma entende-se que o parto normal é singular, ou seja, cada mulher terá uma vivência e uma necessidade diferente, o que implica em uma assistência humanizada respeitando-a de acordo com a sua demanda e principalmente preconizando o cuidado, o respeito e a sua segurança e do seu bebê.

4. Considerações finais

A partir dos dados da pesquisa, que investigou a representação social de mulheres em puerpério tardio sobre o atendimento prestado por profissionais de Enfermagem durante o parto normal,

percebeu-se que a representação sobre esse atendimento é positiva e as profissionais de Enfermagem foram “atenciosas”. As parturientes relataram que foram bem recebidas, tiveram informações sobre amamentação, cuidados com o bebê e com o seu corpo. Afirmaram ainda que os profissionais de Enfermagem proporcionaram o contato “pele a pele” com o bebê, possibilitaram a escolha da posição mais confortável e da presença do acompanhante para o parto. Conforme as mulheres entrevistadas, essas práticas tornaram a vivência do parto e do papel de ser mãe mais “tranquila e prazerosa”.

Entretanto algumas práticas parecem fugir dos princípios da assistência humanizada, observa-se que as mulheres não receberam informações sobre o tipo de parto (cesárea ou normal), uma das participantes afirma que ficou sozinha e com dor enquanto aguardava atendimento por ter esquecido os documentos, houve descuido no manejo de um aparelho testado em uma das parturientes e, ainda, realizaram episiotomia e amniotomia. Destaca-se que a falta de autonomia das mulheres sobre a vivência do parto pode estar associada à carência de conhecimentos e informações por parte dos profissionais de saúde. Ademais, conforme a OMS, testes de procedimento, episiotomia e amniotomia são práticas que não devem ser rotineiras nas maternidades.

Esses dados indicam a importância da Psicologia, como profissão, se fazer presente nesses cenários de cuidado em saúde, contribuindo para a concretização dos princípios de humanização do SUS. O projeto de humanização dos serviços de saúde possui, em meio a suas ações, a avaliação recorrente da satisfação dos usuários e dos profissionais e envolve aspectos fundamentais como: a capacitação dos profissionais em caráter permanente e desenvolvimento de condições para sua participação na identificação das melhorias necessárias às suas condições de trabalho; ampliação de condições para a participação ativa do usuário na avaliação da qualidade dos serviços; participação da comunidade em ações de apoio e acompanhamento dos serviços, sendo que a mesma deve estar organizada como parceira dos agentes públicos (VAITSMAN e ANDRADE³⁸, 2005).

Espera-se que esta pesquisa suscite reflexões às mulheres para o incremento de conhecimentos sobre os direitos no momento do parto, para que os legitimem em relação às políticas públicas de saúde e na vivência da saúde de modo proativo e positivo. Da mesma forma, espera-se que os profissionais de Enfermagem – ao conhecer e reconhecer a importância do seu papel no momento do parto – possibilitem o cuidado humanizado e integral, conforme preconizam as diretrizes do SUS.

7. Referências Bibliográficas

1. MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto a puerpério**. 17. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
2. BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.14, n.3, p.414-421, maio-junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>> Acesso em Maio de 2014.
3. HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 n. 5, p.1303-1311, set-out, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>> Acesso em Junho de 2014.
4. CASTRO, J. C. de.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das Enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, n.6, p. 60-967, nov-dez; 2005.
5. AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunic. Saúde, Educ**, v.15, n.36, p.79-91, jan-mar, 2011.
6. TEIXEIRA, K. de C.; BASTOS, R. **Humanização do Parto**. IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE – III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia – 2009, PUC/PR. Disponível em: <http://www.isad.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2809_1187.pdf> Acesso em: Maio de 2014.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a

- organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html> Acesso em: Junho de 2014.
8. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
 9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados gerais do Município**. Lages, 2014. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=420930&search=santa-catarina|lages|infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>> Acesso em: junho de 2014.
 10. BONI, V; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v.2, n.1, p.68-80, jan-jul, 2005.
 11. LOPES, R. de C. S.; et al. O Antes e o Depois: expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18 n.2, p.247-254, 2005.
 12. DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V. Acolhimento: opinião de puerperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p.37-43, jul-set. 2008
 13. NASCIMENTO, N. M. do et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**, v.14, n.3, p.456-461, 2010.
 14. NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n.8, p.1859-1868, ago, 2008.
 15. PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde**. n.37, p. 212-227, 2012.
 16. FONSECA, L. M. M. et al. **Cartilha educativa online sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários**. Cienc. Cuid. Saúde, v.6, n. 2,2007. Disponível em:<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4171/2761>> Acesso em: Novembro de 2014.
 17. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico, Brasília/DF, 2006. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em: Novembro de 2014.
 18. MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de Enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm**, v.10, n.3, p.439-447,dez,2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>> Acesso em: Abril de 2014.
 19. MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 12.ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.
 20. RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos Normais: análise de fatores associados. **Rev. Enferm, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19 n.1, p.77-83, jan/mar, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>> Acesso em Novembro de 2014.
 21. BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2003.
 22. MOUTA, R. J. O.; et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p.472-476, out-dez, 2008.
 23. SANTOS, J. de O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da Episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery. Rev. Enferm**, v.12, n.4, p.645-650, dez 2008.
 24. PREVIATTI, J. F.; SOUZA, de K, V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev. Bras. Enferm**, v. 60, n.2 p.197-201, Brasília, mar-abr, 2007.

25. BRASIL, Ministério da Saúde. **Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/197--diretrizes_clinicas_ans_amb_cfm.pdf#page=16> Acesso em: Novembro de 2014.
26. SANTOS, I. S. Assistência de e Enfermagem ao parto humanizado. **Rev. Enferm, UNISA**, v.13, n.1, p.64-68, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-11.pdf>> Acesso em: Novembro de 2014.
27. CRUZ, A. P. da.; BARROS, S. M. O. de. Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.3, p.366-371, 2010.
28. MAMEDE, F. V.; MAMEDE-MARLI, V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**, v.11, n.2, p.331-336, jun, 2007.
29. RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p.13-15, abr. 1998.
30. WINCK, D. R; BRUGGEMANN, O. M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília V.63, n.3, p. 464-469, maio-jun, 2010.
31. NOZAWA, M. R; SCHOR, N. O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. **Saúde e Sociedade**, v. 5 n. 2, p.89-119, 1996.
32. GRIBOSKI, R. A.; GUILBEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.1, p.107-114, 2006.
33. OLIVEIRA, A. S. S. de.; et al. **O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas**. *Cogitare Enferm*, v.16, n.2, p.247-253, abr-jun, 2011.
34. CRUZ, D. C. dos S.; SUMAM, N. de S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. EnfermUSP**, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007.
35. ROSA, R. da.; et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.1,p.105-112, jan-mar, 2010.
36. BARBOSA, V.; et al. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.9, n.2, p.366-373, abr-jun, 2010.
37. MELCHIORI, L. E.; et al. **Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano**. *Interação em Psicologia*, v.13, n.1, p. 13-23, 2009.
38. VAITSMAN, J; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

Artigo Recebido: 10.07.2017

Aprovado para publicação: 01.02.2019

Bruna Rafael Mota

Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

AV. MAL. CASTELO BRANCO, 170

UNIVERSITÁRIO

88509-900 – Lages, SC - Brasil

Telefone: (49) 988311566

Email: brunarafaelmota@gmail.com
