



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA À
GESTANTE NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL EM UMA
MATERNIDADE HUMANIZADA**

**Goiânia
2018**

CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA À
GESTANTE NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL EM UMA
MATERNIDADE HUMANIZADA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

**Goiânia
2018**

Universidade Federal de Goiás

**BANCA EXAMINADORA DA
DEFESA DE MESTRADO**

Aluna: Cinthya Leal de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

Membros:

Profa. Dr^a Suzy Darlen Soares de Almeida

Dr. Juarez Antônio Sousa

Data: 17.11.2018

Dedico este trabalho aos meus pais, Petrina de Fátima Trindade Leal Oliveira e Luiz Carlos de Oliveira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor Deus, por me possibilitar a vivência de experiências tão enriquecedoras;

Agradeço aos meus pais Petrina de F. T. Leal Oliveira e Luiz Carlos de Oliveira, que se dedicam ao alcance dos meus sonhos;

Agradeço às minhas irmãs Déborah Patricia Leal de Oliveira, Christiny Leal de Oliveira e afilhada Manuela S.Leal, pela força e motivação, que me fizeram concluir esta etapa. A vitória é nossa.

Agradeço à Patrícia Evangelista do Centro Acadêmico, pelo ensino e paciência ao longo das dificuldades que surgiram.

Agradeço ao meu orientador Professor Doutor Waldemar Naves do Amaral, exemplar pessoa e a banca de defesa e qualificação, que me deram uma oportunidade de crescimento; grande mestre que desperta o interesse pela busca do conhecimento e a vontade de compartilhá-lo; obrigada por me possibilitar a aprendizagem;

Agradeço às coordenadoras de enfermagem do Hospital e Maternidade Dona Íris, Cristiane Vieira Manso e Kelley Neves.

Agradeço à equipe de enfermagem Dona Íris, da qual faço parte, e a minha amiga Elayne Assis Maia e família. As minhas amigas do Centro de Parto Normal. A equipe do ALCON na pessoa de Daniela Araujo.

Agradeço a cada mulher participante desta pesquisa, que mesmo em um momento ímpar de sua vida, doou seu tempo e compartilhou informações pessoais conosco, visando contribuir na melhoria da atenção humanizada no ciclo gravídico puerperal.

E a Diretoria da maternidade Dona Iris.

SUMÁRIO

APÊNDICE E ANEXOS	VII
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	VIII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	3
2.1 PRÉ-NATAL.....	5
2.2 TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	6
2.3 PUERPÉRIO.....	6
3 OBJETIVOS.....	8
3.1 OBJETIVO GERAL	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4 MÉTODOS	9
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	9
4.2 LOCAL DA PESQUISA	9
4.3 PARTICIPANTES.....	9
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	10
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	10
4.6 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	10

4.6.1 Artigo de Revisão	10
4.6.2 Artigo Original.....	11
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	11
5 PUBLICAÇÕES	12
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
7 REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE.....	44
ANEXOS	48

APÊNDICE E ANEXOS

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
Anexo I - Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério	49
Anexo II - Parecer do Cômite de Ética	53
Anexo III – Normas da Revista Goiana de Medicina.....	56

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ReHuNa	Rede Humanizada Nacional do Parto
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna passou a ser um indicador de desenvolvimento social. Neste caminho para melhorar a assistência à mulher, o planejamento e a avaliação de ações já existente devem ser primordiais no período gravídico puerperal. Uma vez que, neste período, fatores de risco estão relacionados com a mortalidade materna e neonatal, pois tal situação reflete nas condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente, as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos. **Objetivo:** Avaliar o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal de forma panorâmica a assistência obstétrica em uma maternidade humanizada. **Métodos:** Tratou-se de realizar uma revisão integrativa com o tema assistência humanizada à gestante no ciclo gravídico puerperal cujo título é; Avaliação e acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal:uma revisão integrativa, e um estudo original com o título: Compreendendo o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde pública em uma maternidade humanizada:visão das puérperas, estudo transversal, observacional, descritivo e quantiqualitativo, desenvolvido em uma maternidade pública em Goiânia-Goiás,com amostra de 342 puérperas cujas ocorreram entre julho e dezembro de 2017, por meio de um questionário com questões fechadas e já validadas. **Resultados e Discussão:** A revisão integrativa provou que as publicações esforçaram para melhorar o acompanhamento da mulher, e que os profissionais têm contribuído com publicações sobre educação à saúde no ciclo gravídico puerperal de baixo risco baseado no modelo humanizado.No artigo original observa-se que (35%) das puérperas já tinham um filho e estavam na segunda gestação, e o tipo de parto da última gestação foi normal (63%). A maioria relatou que não teve aborto (81%) e que usou o serviço público para consultas no pré-natal (99,7%). Esses dados chamam atenção, pois trata-se de um grupo que mesmo apresentando o parto normal uma taxa maior, o número de cesarianas foi alto. Considerando que (99,7%) das mulheres utilizaram o serviço público para a consulta na assistência ao pré-natal, e que a maior parte dos exames de rotina do pré-natal foi realizada pelas redes SUS, em conjunto com a particular (64 %), conclui-se que as mulheres não aguardavam a espera de exames pelo sistema, preferindo a rede privada para adiantá-los. A distribuição de exames foi de (99,7%) para sangue e urina e todas fizeram ultrassonografia (100%). Quanto à participação da escolha do tipo do parto, (56%) relataram ter participado e (44%) afirmaram que não. Ao considerar o número de vezes que precisaram ir à maternidade até conseguir internação para o parto, (37%) afirmaram ter ido apenas uma vez, e (25%) precisaram ir à maternidade duas ou mais vezes . Os resultados revelaram que a maior parte das puérperas (66%) relataram um número de toques vaginais maior e ou igual a três, e os profissionais que realizaram foram médicos (59%). **Conclusão:** Ao avaliar o ciclo gravídico-puerperal na visão das puérperas, verificou-se que o acompanhamento pela equipe de saúde atendeu a

maioria das expectativas delas trazendo segurança para vivenciar o pós-parto, além das orientações de saúde na sequência. Nas publicações os profissionais de saúde tem contribuído com publicações sobre assistência no ciclo gravídico puerperal de baixo risco.

Palavras-Chave: Assistência. Parto. Humanização. Ciclo gravídico.

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality became an indicator of social development, the Millennium Development Goals were a global initiative promoted by the United Nations and signed in 2000 by the governments of more than 180 countries, with targets between the years 2000 to 2015 which aimed at social development and the eradication of poverty. , to improve care for women, it is necessary to plan and evaluate existing actions, mainly during the puerperal pregnancy period. Considering the identification of risk factors related to maternal and neonatal mortality, since this situation is an important indicator that reflects socioeconomic and reproductive conditions, and especially those related to prenatal care, delivery and newborns. **Objectives:** To evaluate the puerperal pregnancy cycle by measuring the impact of this care within the context of humanization. **Methods:** This is a cross-sectional, observational, descriptive and quantitative study developed at the Dona Iris Hospital and Maternity Hospital (HMDI), located in the city of Goiânia, which performs 100% of the visits by SUS.23.0. **Results and discussion:** It was observed that almost 35% of the puerperae already had a child and were in the second gestation and the type of delivery, of the last gestation was normal 63% versus 37% cesarean, most did not report that they did not have abortions 81% and that used the public service for consultation in prenatal care 99.7%. These data draw attention because it is a group that despite the type of normal delivery having a higher rate the number of cesareans were high. Regarding the type of delivery, it was observed that 37% of the puerperae had a cesarean delivery. Considering that 99.7% of the women used the public service for consultation in prenatal care, and that the majority of prenatal routine exams were performed by SUS and 64% showed that women did not wait of examinations by the system preferring the private network to advance the exams. The distribution of exams 99.7% took blood and urine and all did 100% sonography. Regarding the participation of the choice of delivery 56% reported having participated and 44% stated they did not participate in the choice by the type of delivery. When considering the number of times she needed to go to the maternity ward until she was admitted to the hospital, 37% said only once and 25% had to go to maternity hospital more than or equal to twice. The results showed that most of the puerperal women 66% reported a number of vaginal touches greater than or equal to three and the professionals who performed were 59%. **Conclusion:** When evaluating the pregnancy-puerperal cycle in the puerperal view, a great improvement in care and assistance in this period after the humanization policy in maternities is noticed, but it is necessary to improve working conditions for professionals, financial and human resources, providing education and Cheers. It is concluded that managers need to invest more in the improvement of the policy in the attention of women offering training to the employees that the reference and reference is effective and resolute for the woman does not peregrine with her pregnancy and that employees respect the physiology of woman avoiding abuse.

Keywords: Assistance. Childbirth. Humanization. Pregnancy cycle.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado ao ciclo gravídico-puerperal compreende o conjunto de serviços destinados ao atendimento da gestante, da parturiente, da puérpera e recém-nascido (BRASIL,2011).

Nesse cuidado está o modelo de atenção humanizada, no qual a mulher é considerada o sujeito de todas as ações relacionadas à sua saúde, sendo isto possível, por meio do compartilhamento das decisões entre a mesma e os profissionais da saúde (PARADA; TONETE, 2008).

O modelo da humanização está voltado para qualidade da assistência e tem como prioridade reduzir a mortalidade materna que regularmente se associa a intervenções e intercorrências no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2011).

O conceito de humanização é bastante diversificado como cuidar, olhar, escutar, observar e sentir; define-se como um processo que respeita a individualidade das mulheres no ciclo gravídico puerperal, sendo levado em consideração sua cultura, crenças, valores, direitos e diversidade de opiniões (CARRARO et al., 2008).

Atualmente, de acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde(OMS), cerca de 303 mil mulheres no mundo morreram durante o ciclo gravídico-puerperal em 2017. Dessas mortes, a maioria se concentrou nos países em desenvolvimento e são decorrentes da falta de acesso aos cuidados com o atendimento de qualidade no ciclo gravídico-puerperal (OMS, 2017).

Segundo Ejeta et al (2017), em todo o mundo, as complicações relacionadas com a gravidez e o parto contribuem para problemas significativos de saúde pública e a maioria é alta entre os países em desenvolvimento, que possuem 99% de mortes.

Os problemas na saúde pública são devido a carência organizacional da rede de atenção, principalmente na articulação entre os níveis de atenção ambulatorial e hospitalar para a assistência ao parto. As deficiências na qualidade do processo e disparidades na cobertura da

atenção, segundo a classe socioeconômica e o local de moradia, reforçam a necessidade de uma gestão integrada das redes de atenção à saúde, potencializando as capacidades municipais em atender, com qualidade, a gestação, ao parto e ao nascimento (LEAL et al., 2017).

Ao estudar a história sobre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), percebe-se um grande esforço em relação à saúde materna no ciclo gravídico puerperal, incluindo um conjunto de estratégias com o objetivo de ampliar o acesso, a qualificação e a humanização da atenção pré-natal ao parto, ao nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e à situação de abortamento (BRASIL, 2012).

As iniciativas do Ministério da Saúde (MS) para oferecer um atendimento de qualidade à mulher no ciclo gravídico puerperal investe na elaboração de manuais técnicos e educativos para os profissionais que atendem à gestação e ao parto. Porém têm se mostrado insuficientes ao modelo de atenção obstétrica do Brasil, que é reconhecido como extremamente intervencionista (LEAL et al., 2014).

Visando a informação às mulheres que se submetem a essas intervenções, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, avaliaram por meio da política de ações da Rede Cegonha a necessidade de informação durante o período gravídico-puerperal sobre seus direitos, na tentativa de minimizar o atendimento intervencionista (BRASIL, 2016).

Quanto maior for o grau de instrução a respeito do parto e trabalho de parto, menor é o número de intervenções. A procura por mais informações por parte das mulheres permite o empoderamento destas frente aos cuidados baseados em evidências. Favorecendo assim, maior questionamento por parte delas aos profissionais, desencorajando a realização de alguns procedimentos contraindicados ou potencialmente danosos realizados por eles (ANDRADE et al., 2016).

Nesta direção, para melhorar a assistência à mulher, deve-se planejar e avaliar ações já existentes, principalmente no período gravídico puerperal considerando a identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade materna e neonatal. Tal situação é um importante indicador que reflete as condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente,

as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos (SANTOS et al., 2016).

Portanto, pretende-se avaliar o ciclo gravídico puerperal de forma panorâmica a assistência obstétrica em uma maternidade humanizada por meio de dois artigos uma revisão integrativa e um estudo original.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A história do parto e do nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva, desde a época em que as parteiras os realizavam nos ambientes domiciliares. Porém, muitas coisas se modificaram devido ao desenvolvimento e à incorporação de novas tecnologias no campo da medicina e assistência obstétrica (VIGGIANO et al., 2014).

Antes disso, a sociedade acreditava no saber popular das parteiras, quanto ao corpo gravídico associado à natureza junto com a “arte de partejar”, uma atividade feminina, ajudada por outras mulheres, que eram do ambiente mais próximo do vínculo familiar, competentes no acompanhamento das parteiras (BRASIL, 2012).

Após a Segunda Guerra Mundial, com a institucionalização do parto, as maternidades passam a ser mais seguras devido aos novos conhecimentos e habilidades médicas (BRASIL, 2012).

Uma análise histórica sobre as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher no Brasil revela que até a década de 70, priorizou-se a saúde materno-infantil. Nesse período vários documentos importantes como: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que instituía a criação de programas voltados para a assistência ao parto, puerpério e à gravidez de risco; Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com foco na relação entre a nutrição infantil, gestantes, puérperas, parturientes e mulheres em idade fértil; e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, com a finalidade de prevenir as gestações de alto risco (BRASIL, 1975).

A partir dos anos 80, as políticas de saúde da mulher perdem o enfoque gravídico, privilegiando sua saúde integral com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visando a inclusão da assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, passando a respeitar e comprometer-se com os seus direitos (BRASIL 2004).

No caminho de melhorar este momento à mulher como toda a sua assistência, e ainda reduzir a morbimortalidade perinatal e materna, houve um movimento internacional científico com discussões sobre efetividade, segurança e a organização das práticas(BRASIL,2012).

Em 1985, a Conferência de Fortaleza/CE realizada pela OMS e OPAS foi um marco; e que evidenciou a necessidade de mudanças na saúde pública e defesa aos direitos das mulheres (BRASIL, 2012).

Assim, neste mesmo ano, a fim de melhorar a assistência ao parto, a discussão sobre a humanização do parto e do nascimento foi bastante representada e ganhou força na conferência, fato histórico no Brasil. Tal evento discutia sobre a humanização do parto por meio de uma carta, cujo conteúdo teve a capacidade de inspirar ações de mudanças(SOUZA,2015).

Nesta perspectiva, emergiram várias políticas que foram reforçadas por movimentos ativistas e feministas como a Rede Humanizada Nacional do Parto (ReHuNa), que apoiam e reafirmam a Conferência de Fortaleza e que lutam por iniciativas em respeito às mulheres (BRASIL 2016).

Assim, em 2000 passa a vigorar o modelo público de assistência ao pré-natal implantado, pelo Ministério da Saúde (MS), denominado Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, articulado com os três poderes do governo, com a proposta de atender às necessidades específicas da gestante, do recém-nascido e da mulher no período pós-parto, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL 2000).

Duas décadas se passaram e em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorporava um enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (JORGE et al., 2014).

A Rede Cegonha, em 2011 documentada pela Portaria nº 1459 reforça a assistência à mulher e à criança:

A Rede Cegonha é um Programa do SUS com metas a serem atingidas como atenção ao pré-natal de risco habitual, captação precoce de gestantes, acolhimento às intercorrências na gestação, puerpério e criança na atenção básica com visita domiciliar na

primeira semana pós-parto, busca ativa de crianças vulneráveis, orientação quanto aos métodos contraceptivos, promoção do acesso ao transporte seguro em situações de urgência à gestante, puérpera e recém-nascido de alto risco, regulação de urgências e ambulatorial(BRASIL 2016).

O Ministério da Saúde elaborou em 2015, um documento que contempla as diretrizes de boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento, e as propostas da Estratégia Rede Cegonha foram alinhadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, em 2017, favoreceram a melhoria dos indicadores de mortalidade materna, assegurando o direito das mulheres ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante todo ciclo gravídico e puerperal, reforçando também a presença do acompanhante (BRÜGGEMANN et al., 2016).

2.1 PRE-NATAL

O pré-natal é uma estratégia importante de cuidados preventivos às gestantes, que visa a promoção da saúde e o bem-estar materno infantil, além de oportunizar o tratamento precoce de problemas que podem surgir no decorrer da gestação (VIGGIANO; MOREIRA; AMARAL, 2014).

A assistência ao pré-natal é todo o auxílio e orientação dados às pacientes a respeito da gestação, bem como o apoio psicológico, exames de diagnóstico, rastreamento e as possíveis prevenções das intercorrências maternas no parto e nos desfechos neonatais, sendo um componente de atenção à saúde materno-infantil (BAPTISTELA, 2015).

O trabalho educativo no pré-natal apresenta-se como uma ferramenta facilitadora de produção de conhecimento e autonomia para as mulheres, potencializando positivamente as experiências na gestação, parto e pós-parto, e deve ser favorecido através de um trabalho coletivo de escuta e de partilha, que produzam o encontro das ideias, a construção de consensos e a responsabilização dos participantes (COSTA et al., 2011).

As práticas educativas durante o pré-natal contribuem para resultados obstétricos favoráveis por minimizarem dúvidas e anseios da mulher durante o processo de gestação, preparando-a para o parto e pós-

parto, devendo ser incorporadas no processo de trabalho dos serviços de saúde (SILVA et al., 2016).

2.2 TRABALHO DE PARTO E PARTO

O momento do parto é de grande preocupação, porque gera medo, dor, desespero e angústia, o que torna a assistência totalmente despersonalizada e mecanicista, no qual a mulher, que necessitaria ser a protagonista de todo o procedimento, fica submissa, amedrontada e confusa (NASCIMENTO et al., 2010).

Estudos comprovam que quando a mulher recebe ajuda no momento do trabalho de parto há uma redução dos níveis de dor, e a presença do acompanhante escolhido por ela (marido, mãe, amiga) está relacionada à menor necessidade de analgesia, menor taxa de partos operatórios e maior satisfação. Essa presença pode ser considerada reconfortante (CARRARO et al., 2006).

A presença deste acompanhante, visa garantir o atendimento às mulheres por maior período e melhor qualidade de vida (MAMEDE et al., 2007). Além da utilização de rotinas fundamentadas em evidências que venham garantir um trabalho harmonioso em equipe e um cuidado mais apropriado, que vá ao encontro com uma assistência humanizada ao que preconiza a Organização Mundial da Saúde (SOUZA; GUALDA, 2016).

2.3 PUERPERIO

Conceitua-se puerpério o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto retornam à situação do estado pré-gravídico (VIGGIANO, MOREIRA, AMARAL, 2014).

A maternidade é uma fase de mudanças, aflorando uma gama de sentimentos na mulher, que elabora significados próprios do ser mãe que se

manifestam nas mudanças da vida, na participação dos familiares e cuidados com o recém-nascido (SPINDOLA et al. 2017).

No momento do puerpério, a mulher fica colocada na interface entre o programa de atenção ao ciclo gravídico-puerperal e o programa de atenção à criança. A consulta de puerpério, que deveria se realizada 40 dias após o parto, segundo o PHPN, arrisca-se a perder espaço para a primeira consulta do bebê, como também descrito por Serruya et al (2004).

Isso decorre tanto de uma não valorização das puérperas em relação a esse atendimento, quanto do fato de a dinâmica programática de atenção à criança estar mais estruturada que a da atenção pré-natal/ parto/ puerpério (BRASIL, 2000).

Se a usuária volta ao serviço de saúde para uma consulta pessoal, ela geralmente percebeu algum problema de saúde ou teve interesse pelo planejamento familiar. Importantes oportunidades de realização do controle puerperal são desperdiçadas com a falta de articulação entre programas de saúde (BAPTISTELA, 2015).

Outros momentos em que as mulheres buscam o serviço poderiam propiciar a realização da consulta de puerpério, em período distinto do preconizado pelo PHPN, mas com possibilidade de cumprir adequado acompanhamento do processo de recomposição das condições biológicas da mulher (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A assistência ao puerpério é de responsabilidade das unidades da família, com visitas domiciliares e consultas e avaliação no período pós-parto, sendo que a primeira é um retorno na maternidade onde ocorreu o nascimento (BRASIL, 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o ciclo gravídico puerperal de forma panorâmica a assistência a gestante em uma maternidade humanizada.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma revisão integrativa sobre a avaliação e acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal.
- Realizar um estudo original sobre o acompanhamento durante o ciclo gravídico puerperal na rede de saúde pública em uma maternidade humanizada.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa trata-se, a princípio, de uma revisão integrativa e a seguir de um estudo transversal, observacional, descritivo e quantiqualitativo.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital e Maternidade Dona Íris, na cidade de Goiânia (GO). Referência em todo o estado em assistência ao parto e nascimento humanizados, atende mulheres e acompanhantes, para tanto, conta com uma equipe multiprofissional especializada. A instituição adota condutas que se destinam ao credenciamento do título Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher e Projeto Rede Cegonha (MARCIANO, 2016).

Esta instituição foi escolhida para a realização desta pesquisa por ser referência à gestante no atendimento humanizado da rede pública, oferecendo uma continuidade no parto e nos primeiros dias do puerpério às gestantes que tiveram parto na instituição.

4.3 PARTICIPANTES

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram todas as mulheres admitidas na maternidade do local da pesquisa para a assistência, desde o trabalho de parto até o parto em si, e que comprovaram ter realizado a assistência ao pré-natal na rede pública.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital e Maternidade Dona Íris, que tem como número o parecer consubstanciado:2172827 (Anexo I). A coleta de dados teve início após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; seguiu rigorosamente todos os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466\2012, que se refere às pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Após aceitarem participar da pesquisa, foi solicitada leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam uma cópia (Anexo II). As participantes foram informadas quanto à possibilidade de desligamento do estudo, que poderia ser voluntário, a qualquer momento, ou caso fosse observado algum critério de exclusão.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para critérios de inclusão foram selecionadas gestantes que realizaram o pré-natal nos serviços públicos e passaram por trabalho de parto vaginal de risco habitual e cesarianas, no período de julho à dezembro de 2017.

Foram excluídas as puérperas com alguma dificuldade cognitiva, gestantes que vivenciaram alguma intercorrência sendo encaminhadas para UTI; menores de 18 anos; as que optaram por não fazer parte da pesquisa ou desistiram da mesma.

4.6 DELINEAMENTO DA PESQUISA

4.6.1 Artigo de Revisão

Foi realizada uma revisão sistemática integrativa descritiva, por meio de busca na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) com os seguintes descritores: “cuidado pré-natal”, “parto humanizado”, “período pós-parto”.

O acesso à base de dados e a coleta de dados foram realizados em setembro de 2017. Por meio dos descritores foram identificados 742 estudos, excluiu-se os artigos com mais de 5 anos de publicação, restando 337 e numa busca mais detalhada restrita ao ano de 2016 a 2017, restaram 22 artigos.

4.6.2 Artigo Original

Após a aprovação no comitê de ética em Pesquisa, deu-se início a busca dos sujeitos participantes por meio de entrevista. Na sequência foram aplicados os critérios de seleção, os quais identificam a amostra desta pesquisa, perfazendo um total de 342 mulheres como amostra deste estudo.

Logo, individualmente, foi aplicado um questionário composto por questões fechadas validadas por Holanda et al. 2015. Na entrevista constaram informações socioeconômicas e características da assistência obstétrica no período gravídico-puerperal (Anexo II).

A pesquisa foi realizada no alojamento conjunto na maternidade.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram digitados no programa Microsoft Excel e analisados com ajuda do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), que foi utilizado para agrupar os itens e calcular as porcentagens de cada indicador.

5 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 – Avaliação e acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão integrativa

Autores: Cinthya Leal de Oliveira e Waldemar Naves do Amaral

Revista: Revista Goiana de Medicina (submetido) normas da revista está em anexo III

Artigo 2 – Compreendendo o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde pública em uma maternidade humanizada: visão das puérperas

Autores: Cinthya Leal de Oliveira e Waldemar Naves do Amaral

Revista Prevista: Não submetida

Artigo1

Avaliação e acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão integrativa

Evaluation and follow-up of assistance to pregnant women in the puerperal gravid cycle: an integrative review

Cinthy Leal de Oliveira¹
Patrícia Gonçalves Evangelista ²
Waldemar Naves do Amaral³

1- Enfermeira Mestranda em Ciências da Saúde (FM/UFG)

2- Mestranda em Ciências da Saúde (FM/UFG)

3- Prof.Titular Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina (UFG) centrodeestudoshmdi@gmail.com

Endereço para correspondência:

Waldemar Naves do Amaral – Alameda Emílio Póvoa, N.151 – Vila Redenção – CEP: 74845-250 – Goiânia (GO), Brasil – E-mail: centrodeestudoshmdi@gmail.com

Conflito de interesses: não há.

Resumo

A educação em saúde pode auxiliar as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e favorecer a identificação de intercorrências, mas para que isso ocorra é necessária abertura de espaço de discussão voltado à realidade, identificando fragilidades e reflexões sobre a prática assistencial. Nas publicações percebem-se esforços para melhorar o acompanhamento da mulher, e os profissionais de enfermagem têm contribuído com publicações e na educação à assistência no ciclo gravídico-puerperal de baixo risco. Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar o acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal, por meio de um estudo de revisão integrativa dos trabalhos publicados restrita ao ano de 2016 a 2017. Foram selecionados os estudos realizados no Brasil publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol.

Descritores: Cuidado pré-natal; Parto humanizado; Período pós-parto.

Abstract

Health education can help women in the pregnancy-puerperal cycle and facilitate the identification of intercurrents, but for this to occur, it is necessary to open a space for discussion focused on reality, identifying fragilities and reflections on practical assistance. In the publications it is noticed efforts to improve the follow-up of the woman and the nursing professionals have contributed with publications and in the education the assistance in the low-risk pregnancy-puerperal cycle. In view of this context, the objective of this study was to evaluate the follow-up of the assistance to pregnant women in the puerperal pregnancy cycle by means of an integrative review of studies published in the 2017 year. Studies were conducted in Brazil published in English, Portuguese or Spanish; available online.

Keywords: prenatal care, humanized delivery, postpartum period

Introdução

A redução da mortalidade materna geralmente está associada à cobertura de atenção ao pré-natal, atenção qualificada do parto e pós-parto, além de medidas adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como regulamentação da vigilância de óbitos maternos e de políticas voltadas para melhoria da saúde materna, dentre as quais se destacou a Rede Cegonha^{1(B)}.

As políticas para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, são deficiências nas condições estruturais da rede de assistência^{2(B)}. Para garantir esse acesso à qualidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal, foi elaborada uma proposta entre os países da América Latina para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na saúde da mulher^{1(B)}.

No Brasil, segundo o acordo feito para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, houve uma tendência de diminuição da razão de mortalidade materna entre 1990 e 2010, sendo que de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos, 68 mortes eram maternas, em um grupo de 100 mil nascidos vivos, representando uma queda de apenas 52%^{3(B)}.

Muitas são as patologias no ciclo gravídico-puerperal que podem ser tratadas e controladas, diminuindo a morbimortalidade materna devido a uma assistência de pré-natal de qualidade, que contribui para evitar problemas específicos no parto ou até mesmo cuidados imediatos no puerpério^{4(B)}.

Atualmente, a educação em saúde pode auxiliar as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e favorecer a identificação de intercorrências, mas para que isso ocorra é necessária abertura de espaço de discussão da assistência neste ciclo voltado à realidade identificando fragilidades e reflexões sobre a prática assistencial^{2(B)}.

Dentro desta temática, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto dentro do contexto da saúde no acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal de baixo risco, por meio de um estudo de revisão integrativa.

2. Métodos

Revisão sistemática integrativa descritiva, realizada por meio de busca na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) com os seguintes descritores: “cuidado pré-natal”, “parto humanizado”, “período pós-parto”.

O acesso à base de dados e a coleta de dados foram realizados em setembro de 2017.

Após identificado os trabalhos, utilizou-se a classificação do grau de recomendação, que corresponde à força de evidência científica do material ; tal recomendação foi fundamentada nos centros de medicina, baseada em evidências do “National Health Service” da Grã-Bretanha e do Ministério da Saúde de Portugal. Todos os graus de recomendação, incluindo-se o “D”, são baseados em evidência científica. As diferenças entre o A, B, C e D devem-se, exclusivamente, ao desenho empregado na geração da evidência(B). Onde:

A Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C Relatos de casos, estudos não controlados.

D Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Por fim, as informações foram condensadas de forma a responder o objetivo proposto.

3. Resultados

A amostra culminou em 22 artigos científicos para análise final descritas no quadro 1.

Quadro I- Descrição dos artigos selecionados para compor a revisão

<i>Autor\ Ano</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>Categoria</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Principais resultados</i>
Abissulo ⁵ 2016	Quanti-qualitativa	B	Validar simuladores realísticos de baixa fidelidade enquanto tecnologias educacionais inovadoras utilizadas na orientação de puérperas	Possibilitou melhor manejo clínico da amamentação, aumentou o conhecimento e a compreensão das puérperas
Amaral ⁶ 2016	Estudo de coorte transversal	B	Avaliar a qualidade do pré-natal	Não houve diferenças socioeconômicas em relação aos aspectos obstétricos
Andrade ⁷ 2016	Estudo transversal, descritivo, de	B	Compreender a percepção das gestantes sobre as	Discretas diferenças entre a consulta médica e de enfermagem

	abordagem quantitativa		consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco	
Apolinário ⁸ 2016	Pesquisa descritiva transversal	B	Evidenciar as práticas na atenção ao parto e nascimento em uma maternidade na perspectiva das puérperas	As mulheres ainda permanecem passivas no processo de parto
Attanasio ⁹ 2017	Coorte	B	Examinar se as atitudes pré-natais das mulheres para o parto vaginal diferiram por raça / etnia ou status socioeconômico	As atitudes pré-natais em relação ao parto vaginal não foram associadas à raça / etnia ou status socioeconômico
Baptistella ¹⁰ 2017	Coorte transversal	B	Relacionar o número de consultas de pré-natal aos desfechos perinatais	As gestantes com menos de sete consultas de pré-natal têm maior chance de ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito perinatal
Calegari ¹¹ 2016	Estudo transversal	B	Conhecer as intercorrências clínicas e obstétricas em mulheres no pré-natal, verificar a concordância do relato da mulher com registros da carteira de pré-natal	Não houve associação estatisticamente significativa entre as intercorrências e tipo de parto
Dodou ¹² 2017	Estudo descritivo	B	Conhecer a percepção de puérperas	Reflexão e debate entre profissionais e gestores aponta fragilidades e potencialidades para melhorar a assistência à mulher nas maternidades
Feitosa ¹³ 2017	Qualitativa Descritiva	B	Compreender, a partir da percepção das puérperas, os fatores que influenciam na escolha ao tipo de parto	Relevância do acesso ao pré-natal de qualidade, com ações que proporcionem escolhas seguras, esclarecendo dúvidas e ansiedades da futura mãe, tranquilizando-a para o momento do parto
Ferrer ¹⁴ 2016	Descritivo correlacional	B	Descrever as diferenças dos modelos de cuidados em maternidades	O modelo humanizado de cuidados na maternidade oferece melhores resultados
Frutuoso ¹⁵ 2017	Descritiva, com abordagem qualitativa	B	Conhecer as percepções, ambiência do centro obstétrico, e identificar quais aspectos facilitam e dificultam sua permanência	Apesar de algumas dificuldades, não se tornaram obstáculos para a permanência junto à parturiente
Martins ¹⁶ 2016	Descritivo e exploratório, abordagem qualitativa	B	Analisar a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, sob a ótica de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde	Dificuldade de acesso ao pré-natal, desinformação sobre as condutas e procedimentos a serem adotados, ausência da participação da mulher na tomada de decisão e ausência do acompanhante no parto
Medeiros ¹⁷ 2016	Pesquisa qualitativa	B	Compreender a importância para realização da visita domiciliar no período puerperal	Contribuir para a redução da morbimortalidade
Pissolato ¹⁸ 2016	Pesquisa qualitativa e descritiva,	B	Compreender a influência da amamentação na vivência da sexualidade, sob a ótica de um grupo de puérperas	É preciso ampliar o olhar sobre a temática da sexualidade durante a amamentação
Quadros ¹⁹ 2016	Pesquisa qualitativa	B	Compreender as contribuições da enfermagem	Ressignificação do parto, resgatando a parturição como um processo fisiológico

Reis ²⁰ 2016	Descritivo, retrospectivo, quantitativo	B	obstétrica para as ações de educação em saúde Analisar partos com a política de humanização do parto e nascimento	Evidenciou-se a importância do acompanhamento do trabalho do Parto
Sales ²¹ 2016	Qualitativo de perspectiva Hermenêutica Dialética	B	Investigar o conhecimento da estratégia Saúde da Família sobre a Rede Cegonha	Não está efetivamente implantado
Santos ²² 2016	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, de dados	B	Analisar a acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal	A existência de diversas barreiras geográficas, econômicas, socioculturais e organizacionais na assistência à mulher
Schettini ²³ 2017	Estudo retrospectivo	B	Verificar a relação entre o posicionamento no parto vaginal e a ocorrência de lacerações	A adoção de posturas verticalizadas influencia no menor número de complicações
Skupien ²⁴ 2016	Exploratória quantitativa	B	Identificar os problemas mamários de puérperas atendidas	Prevenir as complicações mamárias por meio da educação em saúde no pós-parto
Spindola ²⁵ 2017	Descritivo qualitativo	B	Conhecer a vivência das mulheres no pós-parto e discutir a contribuição da educação em saúde das puérperas	O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal envolve o saber técnico-científico e o popular
Vargens ²⁶ 2017	Estudo descritivo, quantitativo, Transversal	B	Identificar as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto	As práticas mais utilizadas foram aquelas que não interferiram na fisiologia, contribuindo para a humanização. A presença de práticas intervencionistas reflete um processo ainda em transformação

Discussão

No levantamento dos dados, em relação à literatura, emergiram três categorias que fazem parte do ciclo-gravídico e foram divididas em pré-natal, parto e pós-parto.

Pré-natal

Segundo Baptistella^{10(B)} e colaboradores, há uma relação do número de consultas de pré-natal aos desfechos perinatais e, encontra-se maior chance de prematuridade, baixo peso e óbito perinatal, no grupo que realizou 6 consultas ou menos. Os estudos realizados por Andrade^{7(B)} e colaboradores evidenciaram que o maior número de consultas de pré-natal foi realizado pelo enfermeiro. Attanasio^{9(B)} e colaboradores relataram que atitudes positivas em relação ao parto vaginal foram associadas a menores probabilidades de parto por cesariana, e ainda estão relacionadas com atitudes pré-natais e que não estavam associadas com a raça, etnia ou status socioeconômicos.

Amaral^{6(B)} e colaboradores confirmaram também que não houve diferenças socioeconômicas em relação aos aspectos obstétricos e que a assistência ao pré-natal é fundamental para os resultados perinatais; quanto melhor a qualidade do amparo, mais favoráveis são os resultados, e menores são as taxas de mortalidade materna e perinatal.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, Calegari^{11(B)} e colaboradores abordam a necessidade de não englobar somente os procedimentos clínicos, mas também os educativos. Estes orientam as mulheres sobre a evolução da gestação e as intercorrências no pré-natal, que são extremamente importantes, uma vez que refletirão em cuidados com o tratamento e também na identificação do agravamento de sua condição de saúde materna e fetal. Em contrapartida, Martins^{16(B)} alerta sobre as situações prejudiciais ao atendimento humanizado como dificuldade de acesso ao pré-natal, desinformação sobre as condutas e procedimentos a serem adotados, ausência da participação da mulher na tomada de decisão e ausência do acompanhante no parto.

Parto

Estudos de Apolinário^{8(B)} demonstram que as mulheres ainda permanecem passivas no processo de parto, apesar das tentativas em mudar o modelo de atenção a ele e ao nascimento. Já Dodou^{12(B)} e colaboradores revelam que apesar das fragilidades e potencialidades, existem desafios a serem seguidos para melhorar a assistência à mulher nas maternidades como o fácil acesso, o acolhimento e o bom relacionamento com a equipe de saúde. Por isso, Ferrer^{14(B)} e colaboradores compararam a diferença de dois modelos de cuidados maternos e comprovaram que o modelo humanizado oferece melhores resultados. E Reis^{20(B)} e colaboradores ressaltaram a importância do acompanhamento do trabalho do parto sob a política da humanização do parto e nascimento. Já Feitosa^{13(B)} e colaboradores evidenciaram que o desejo das mulheres de um parto sem intercorrências e com recuperação rápida é significativo e de relevância, devido ao acesso ao pré-natal de qualidade, com ações que proporcionem escolhas seguras, esclarecendo dúvidas e anseios da futura mãe, tranquilizando-a para tal momento.

Todavia, Quadros^{19(B)} e colaboradores reafirmaram que a ressignificação do parto no resgate da parturição, como um processo fisiológico é possível com ações de educação em saúde, por profissionais de obstetrícia que já as realizam. Portanto, Schettini^{23(B)} e colaboradores verificaram que a adoção de posturas verticalizadas no parto influenciou no menor número de complicações a respeito de lacerações vaginais. Vargens^{26(B)} e colaboradores concordaram que as práticas mais utilizadas foram aquelas que não interferiram na fisiologia, contribuindo para a humanização e a presença de práticas intervencionistas refletem um processo ainda em transformação.

Para Santos^{22(B)} e colaboradores existiram diversas barreiras como geográficas, econômicas, socioculturais e organizacionais a respeito da acessibilidade ao serviço de saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal. Frutuoso^{15(B)} e colaboradores reconheceram também que a ambiência dos centros obstétricos não humanizados pode tornar um obstáculo para a permanência do acompanhante junto à parturiente.

Pós-parto

Segundo Medeiros^{17(B)} e colaboradores, a importância da realização da visita domiciliar no período puerperal evita a morbimortalidade materna e neonatal. Para Pissolato^{18(B)} e colaboradores, ampliar o olhar sobre a sexualidade no puerpério, durante a amamentação, também é preciso. Para isso, Abissulo^{5(B)} e colaboradores concordam que tecnologias educacionais inovadoras, utilizadas na orientação às puérperas, possibilitam melhor manejo clínico da amamentação, esclarece dúvidas e melhora a compreensão materna a respeito do assunto. Confirmado também por Spindola^{25(B)} e colaboradores, que relataram sobre o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Envolve os saberes técnico-científico e o popular, sendo um momento especial na vida das mulheres.

Sales^{21(B)} e colaboradores chamaram atenção para as políticas públicas existentes para a saúde da mulher, uma delas é o Programa da Rede Cegonha, que apesar de existir e ser reconhecida como rede temática de atenção à saúde, e está presente na atenção primária, contém fragilidades na articulação entre níveis de atenção, gera falhas no acolhimento da gestante anteparto e na contrarreferência pós-parto.

Por fim, Skupien^{24(B)} e colaboradores exaltaram que a forma de prevenir complicações é através da educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES

Esta revisão demonstrou que esforços para mudar a assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal, ainda são necessários para melhorar o atendimento, bem como no aumento de publicações dos profissionais de saúde fornecendo melhor educação e proporcionando atendimentos mais humanizados. Nas publicações estudadas, percebem-se esforços para melhorar o acompanhamento da mulher na educação à assistência no ciclo gravídico-puerperal de baixo risco.

Referências

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. Brasil: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM [atualizado em 2014 maio; citado em 2017 Set 22] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf.
2. Holanda CSM, Alchieri JC, Morais FRR, Maranhão TMO. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. Res Panam Salud Publica 2015; 37(6): 388-394.
- 3 World health statistics 2011. WHO Department of Health Statistics and Informatics of the Innovation. Disponível : <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>
- 4 Zampiere MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2010;10(3): 359-367.
- 5 Abissulo CM, Silvino ZR, Ferreira HC. Validação de simuladores realísticos para orientação sobre aleitamento materno: pesquisa quase experimental. Rev. braz. J. nurs 2016;15 (4): 599-604.
- 6 Amaral FE, Amarante PO, Andrade RVP, Uly R, Marangoni MC, Cruz R, Zimmermann JB. Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. Clin. Biomed. Res. 2016; 36(3): 134-134.
- 7 Andrade FM, Castro JFL, Silva AV. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2016; 6(3): 2377-2388.
- 8 Apolinário DRM, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. Rev. RENE. 2016; 17(1):20-28.
- 9 Attanasio LB, Hardeman RR, Kozhimannil BK, Kjerulff KH. Prenatal attitudes toward vaginal delivery and actual delivery mode: Variation by race/ethnicity and socioeconomic status. WileyBirth. 2017; 1-9.

- 10 Baptistella NI, Cardoso PV, Leite RSM, Bach PE, Ribeiro ST, Fleig R, et al. Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Rev. bras. promoç. Saúde.* 2017; 30(2): 194-198.
- 11 Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. *Cogitare enferm.* 2016; 21(2): 08-08.
- 12 Dodou HD, Rodrigues DP, Oriá MOB. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2017; 9(1):222-230.
- 13 Feitosa RMM, Pereira RD, Souza TJCP, Freitas RJM, Cabral AR, Souza LFF. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. *Rev Fund Care Online.* 2017; 9(3): 717-726.
- 14 Ferrer MBC, Jordana MC, Meseguer CB, García CC, Roche MEM. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Ope.* Acesso:25 de setembro. In: PubMed; PMID doi:10.1136/bmjopen-2016-011362
- 15 Frutuoso LD, Brüggemann OM, Monticelli M, Oliveira ME, Costa R. Percepções do acompanhante de escolha da mulher acerca da organização e ambiência do centro obstétrico. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2017; 9(2): 363-370.
- 16 Martins AL. Near miss e mulheres negras. *Saúde Soc.* 2016; 25(3): 573-588.
- 17 Medeiros LS, Costa ACM. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev. RENE.* 2016; 17(1): 112-119.
- 18 Pissolato LKB, Alves C N, Ressel LB, Wilhelm LA, Prates LA. Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2016; 8(3): 4674-4680.
- 19 Quadros JS, Reis TLR, Colomé J S. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. *Rev. RENE.* 2016; 17(4): 451-458.
- 20 Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MFH, Progianti JM, Vargens OMC. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2016; 8(4): 4972-4979.
- 21 Sales COCB, Silva JGB, Lopes MF, Frota MA. Compreensão e reconhecimento da Rede Cegonha pela estratégia saúde da família. *Nursing.* 2016; 17(222): 1271-1275.
- 22 Santos PP, Villela MF. Satisfação com o cuidado pré-natal: contribuição para o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Cult. cuid. Enferm.* 2015; 12(1): 61-72.
- 23 Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. *Rev enferm UFPE.* 2017; 11(2): 932-40.
- 24 Skupien VS, Ravelli APX, Acauan LV. Consulta puerperal de enfermagem: prevenção de complicações mamárias. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(2): 01-06.
- 25 Spindola T, Penha LH, Lapa AT, Cavalcante ALS, Silva JMR, Santana RSC. Período pós-parto na ótica das mulheres atendidas em um hospital universitário. *Rev. enferm. Foco.* 2017; 8(1): 42-46.

26 Vargens OMC, Silva AC, Vasconcellos PJM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. Rev. Enferm 2017; 21(1): 15-17.

Artigo 2

COMPREENDENDO O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA EM UM MATERNIDADE HUMANIZADA: VISÃO DAS PUÉRPERAS

UNDERSTANDING THE PUERPERAL GRAVID CYCLE IN THE PUBLIC HEALTH NETWORK IN AN HUMANIZED MATERNITY: VIEW OF THE PUERPERAS

Cinthy Leal de Oliveira; Waldemar Naves do Amaral

RESUMO

Objetivo: avaliar o acompanhamento durante o ciclo gravídico puerperal na rede de saúde pública em um maternidade humanizada. Métodos: trata-se de um estudo transversal analítico, desenvolvido no Hospital e Maternidade Dona Iris (HMDI), localizado no município de Goiânia, que realiza 100% dos atendimentos pelo SUS, amostra com 342 puérperas. Resultados e discussão: observa-se que (35%) das puérperas já tinham um filho e estavam na segunda gestação e o tipo de parto da última gestação foi normal (63%). A maioria relatou que não teve aborto (81%) e que usou o serviço público para consulta no pré-natal (99,7%). Esses dados chamam atenção, pois se trata de um grupo que apesar do parto normal ter uma taxa maior, o número de cesarianas ainda foi alto comparados com a taxa estabelecida pela OMS, de 15% ser destinado à cesariana de intercorrência. Considerando que (99,7%) das mulheres utilizaram o serviço público para a consulta na assistência ao pré-natal, e que a maior parte dos exames de rotina durante este período foi realizada pelas redes SUS e particular (64%), conclui-se que as mulheres não aguardavam a espera de exames pelo sistema preferindo a rede privada para adiantá-los. A distribuição de exames foi de (99,7%) para exame de sangue e urina e todas fizeram ultrassonografia (100%). Esses dados permitem sugerir que a ansiedade das mulheres durante a gestação por imagens é grande, por isso muitas preferem buscar serviços na rede privada. Entretanto, esse fator é um dado que não interferiu no sentimento durante o processo de trabalho de parto, (92%) sentiram-se acolhidas neste momento. Os profissionais que mais realizaram o toque foram médicos (59,4%) e, conseqüentemente, também foram os que mais prestaram assistência ao parto (57%), e os recém-nascidos foram assistidos por pediatras (61%). Conclusão: A pesquisa avaliou que apesar da taxa de cesariana ser alta, o número de toques vaginais excessivo e exames não são realizados exclusivamente no sistema público, as puérperas sentem-se acolhidas durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Parto; Ciclo gravídico; Percepção; Humanização.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the follow-up during the puerperal pregnancy cycle in the public health network in a humanized maternity hospital. METHODS: This is a cross-sectional, analytical study developed at the Dona Iris Hospital and Maternity Hospital (HMDI), located in the city of Goiânia, which performs 100% of the visits by SUS. Results: It was observed that 35% of the puerpe

rae already had a child and were in the second gestation and the type of delivery, of the last gestation was normal 63% versus 37% cesarean, most did not report that they did not have abortions 81% and that they used the public service for consultation in prenatal care 99.7%. These data draw attention because it is a group that despite the type of normal delivery having a higher rate the number of cesareans were high. Considering that 99.7% of the women used the public service for consultation in prenatal care, and that the majority of prenatal routine exams were performed by SUS and 64% showed that women did not wait of examinations by the system preferring the private network to advance the exams. The

distribution of exams 99.7% took blood and urine and all did 100% sonography. These data allow to suggest that women's anxiety during imaging is great so many women prefer to seek services on the private network. However, this factor is a fact that did not interfere with the feeling during the labor process 92% felt welcomed in the process of labor. The professionals who made the most of the touch were physicians 59.4% and consequently assisted delivery were doctors 57% versus 34% of nurses and these newborns were assisted by pediatricians 61%. Conclusion: The study evaluated that although the cesarean rate is high, the number of excessive vaginal touches and examinations are not performed exclusively in the public system, the puerperas feel welcomed during labor and delivery.

Keywords: Childbirth, Pregnancy cycle, Perception, Humanization.

INTRODUÇÃO

Há evidências consideráveis que as mulheres, em todo o mundo, desejam poder exercer seus direitos e fazer escolhas informadas sobre onde dar à luz, porém esse desejo ainda continua sendo influenciado pelo modelo médico. As percepções de segurança modificaram as preferências das mulheres e a autonomia delas facilitou as escolhas do local de nascimento (HADJIGEORGIOU et al., 2012).

Assim, o modelo de atenção humanizada visa contribuir para a implantação de serviços de atenção ao parto menos intervencionista e instrumentalizado, propiciando à parturiente uma vivência do nascimento com experiências positivas e enriquecedoras (BUSANELLO et al., 2011).

Por isso, governos têm buscado qualificar a assistência ao parto e nascimento, bem como apoiar a implementação das evidências científicas por meio das políticas públicas de saúde, os quais objetivam garantir às mulheres e aos recém-nascidos a realização do parto e nascimento seguros, que ofereçam medicação não farmacológica para alívio da dor, a utilização de salas PPP (pré-parto, parto e puerpério) e o contato pele a pele com o recém-nascido logo após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Pensando em uma melhor assistência às parturientes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) estabelecem um novo modelo de assistência obstétrica, na qual caracteriza a mulher como protagonista do processo de parir, valorizando uma assistência mais humanizada, que proporciona um atendimento de qualidade, articulando um acolhimento que já começa logo no pré-natal e vai até o nascimento, com a finalidade de garantir uma assistência obstétrica integral à mulher e

preservar seus direitos de escolha, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções (MALHEIROS et al., 2012).

O objetivo deste artigo foi avaliar o acompanhamento durante o ciclo gravídico puerperal na rede de saúde pública em uma maternidade humanizada. Além de responder aos objetivos específicos que são: Estabelecer o perfil socioepidemiológico de gestantes de baixo risco que frequentam a maternidade humanizada; Estabelecer o perfil socioepidemiológico de gestantes baixo risco na assistência ao parto humanizado; Verificar se o parto humanizado atendeu às expectativas e segurança em uma visão puerperal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico, desenvolvido em uma maternidade pública localizada no município de Goiânia, que realiza 100% dos atendimentos pelo SUS. Foram selecionadas todas as mulheres admitidas na referida instituição para assistência ao trabalho de parto e parto, que comprovaram ter realizado a assistência no pré-natal na rede pública de saúde e deram entrada na maternidade, no período da pesquisa de julho a dezembro 2017.

A amostra foi composta por 342 puérperas, a qual foi aplicado um questionário com questões fechadas validadas (HOLANDA et al., 2015). A pesquisa seguiu a resolução CNS(Conselho Nacional de Saúde) 466/12 com aprovação da plataforma Brasil número do parecer consubstanciado: 2.172.827.

RESULTADOS

A distribuição das variáveis, segundo questionário sobre avaliação da assistência ao pré-natal, parto e puerpério do Hospital Maternidade Dona Íris em Goiânia GO 2017-2018 está nas tabelas 1,2 e3.

Observa-se que quase 35% das puérperas já tinham um filho e estavam na segunda gestação, e o tipo de parto da última gestação foi normal 63%, versus 37% cesáreo. A maioria relatou que não teve aborto 81%, e que usaram o serviço público para consultas no pré-natal 99,7%.

Esses dados chamam atenção, pois se trata de um grupo que apesar do parto normal ter uma taxa maior, o número de cesarianas ainda foi alto.

Em relação ao tipo de parto, observou-se que 37% das puérperas tiveram um parto cesariana.

Tabela 1 Distribuição dos casos de pré-natal em gestantes em maternidade, conforme perfil de pré-natal. Goiânia jul –dez 2017.

	Número de pacientes (n=342)	
	N	%
Número de gestações		
1	105	30,7
2	119	34,8
3	63	18,4
>4	55	16,1
Número de Abortos		
0	277	81,0
1	55	16,1
2	5	1,5
Tipo de parto da última gestação		
Normal	215	62,9
Cesáreo	127	37,1
Consultou com quais profissionais no seu pré-natal		
Médico e enfermeiro	202	59,1
Médico	137	40,1
Enfermeiro	3	0,9
Exame de sangue e urina		
Sim	336	99,7
Não	1	0,3
Ultrassonografia		
Sim	340	100,0
Realizou exames de rotina no pré-natal		
SUS e particular	220	64,3
SUS	82	24,0
Particular	39	11,4
Não realizei exames	1	0,3

Tabela 2 Distribuição dos casos de parto em uma maternidade, conforme assistência ao parto, Goiânia jul - dez 2017

	Número de pacientes (N=342)	
	N	%
Participou da escolha da via de parto		
Sim	191	55,8
Não	151	44,2
Número de vezes que precisou ir à maternidade até conseguir internação para o parto		
1	126	36,8
2	56	16,4
≥ 2	84	24,6
Nenhuma	76	22,2
Sentimento durante o processo de trabalho de parto		
Acolhida	314	91,8
Desamparada	28	8,2
Número de toques vaginais realizados		
1 — 2	99	28,9
≥ 3	226	66,1
Nenhuma	8	2,3
Não sei	9	2,6
Profissionais que realizaram o toque		
Médicos obstetras	203	59,4
Médico Residente	94	27,5
Enfermeiro	35	10,2
Médico Pediatra	2	0,6
Outros	8	2,3
O parto foi realizado por qual profissional		
Médico obstetra	195	57,0
Enfermeiro	117	34,2
Não sei	30	8,8
Profissional que cuidou da criança na sala de parto		
Médico Pediatra	207	60,7
Médico obstetra	18	5,3
Enfermeiro	38	11,1
Estagiários	78	22,9

Tabela 3 Distribuição dos casos de puérperas na maternidade, de acordo com o período puerperal, Goiânia jul -dez 2018

	Número de pacientes (n=342)	
	N	%
Acompanhamento pela equipe de enfermagem atendeu suas expectativas após o parto		
Concordo	312	91,2
Discordo	19	5,6
Não se aplica	1	0,3
Não sei	10	2,9
Acompanhamento pelo médico após o parto atendeu suas expectativas		
Concordo	312	91,2
Discordo	19	5,6
Não se aplica	1	0,3
Não sei	10	2,9
Durante o pós-parto recebeu orientação ainda no hospital		
Concordo	315	92,1
Discordo	26	7,6
Não se aplica	1	0,3
Não sei	315	92,1
Sentiu-se segura para vivenciar o pós-parto		
Concordo	307	89,8
Discordo	34	9,9
Não sei	1	0,3

DISCUSSÃO

Esse índice supera três vezes a taxa máxima aceitável pela OMS que é de 10 a 15% (ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE, 1996). Os dados são semelhantes a outros estudos, que mostram que a vivência anterior do parto pode exercer influência na expectativa e escolha por determinada via, porém, esta expectativa não exerceu influência na satisfação independentemente do desfecho (SILVA et al., 2017).

Alguns autores encontraram proporções crescentes sobre o aumento da prevalência de nascimento por cesariana entre as usuárias de serviços públicos, podendo supor que ter alta escolaridade e residir nas regiões mais ricas do país representa um uso elevado de serviços privados e, por consequência, há uma maior taxa de cesarianas quando comparadas ao setor público (RATHER; MOURA, 2016).

E de acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* 2013, os riscos da cesariana eletiva para o feto indicada antes de 40 semanas gestacionais não permitem seu completo desenvolvimento cerebral, que tem seu término estimado entre 35 a 39 semanas podendo ocorrer antes.

Diante disso, o neonato pode apresentar problemas respiratórios, dificuldades de controle térmico e de sucção/alimentação, icterícia por excesso de bilirrubina, problemas auditivos, visuais, de aprendizagem e de conduta. Além disto, o neonato apresenta maior risco de morte, necessidade de internação em Centros de Terapia Intensiva, período prolongado de internação e maior procura por serviços de saúde no primeiro ano de vida (RATHER; MOURA, 2016).

Para as mulheres, a cesariana eletiva tem riscos inerentes ao procedimento cirúrgico. As que forem submetidas à cesárea apresentam risco de desenvolvimento de infecções e hemorragias, e, em gestações futuras, podem apresentar maior risco para placenta prévia, acretismo placentário, hemorragia pós-parto e histerectomia (SILVA et al.,2017).

Por se tratar de uma unidade IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) deve ser priorizado o cuidado amigo com a mulher, o hospital deve providenciar o cuidado respeitoso e humanizado durante o pré-parto, parto e o pós-parto, garantir livre acesso à mãe e ao acompanhante e permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas (BRASIL, 2017). Desta forma, preconiza-se que na ausência de indicação materna ou fetal, o parto vaginal é sempre o mais seguro e apropriado.

Considerando que 99,7% das mulheres utilizaram o serviço público para a consulta na assistência ao pré-natal, e que a maior parte dos exames de rotina do pré-natal foi realizada pelo SUS e particular 64 %, conclui-se que as mulheres não aguardavam a espera de exames pelo sistema preferindo a rede privada para adiantá-los. A distribuição de exames foi de 99,7% para os de sangue e urina e todas fizeram ultrassonografia 100%. Esses dados permitem sugerir que a ansiedade das mulheres durante a gestação por imagens é grande, por isso muitas preferem buscar serviços na rede privada (AMARAL et al.,2014).

Quanto à participação da escolha do parto, 56% relataram ter participado e 44% afirmaram que não. Para Silva (et al., 2017), decisões pelo tipo de parto e preferências das gestantes devem ser garantidas, desde que elas tenham condições de escolher, de forma isenta, aquele que melhor lhes convém.

Ao considerar o número de vezes que precisaram ir à maternidade até conseguir internação para o parto, 37% afirmaram ter ido apenas uma vez, e 25% precisaram ir duas ou mais vezes. Alguns autores demonstram que devido às falhas na assistência no pré-natal e à falta de vínculo entre os serviços resultam na peregrinação da gestante em busca de vaga, embora isso não tenha ocorrido no estudo, por se tratar de unidade referência e de portas abertas (SILVA et al., 2017).

Entretanto, esse fator é um dado que não interferiu no sentimento durante o trabalho de parto, 92% sentiram-se acolhidas no processo, visto que o MS também aborda que é importante acolher o acompanhante da escolha da mulher, conforme preconizado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, pois as gestantes sentem-se mais seguras e confiantes (BRASIL, 2017).

Para a qualidade do relacionamento cuidador/paciente, Ferrer et al., (2016) confirmam os dados da pesquisa, que o envolvimento na tomada de decisões e o apoio no início, como o acolhimento são fatores interpessoais que mostraram ser os mais importantes relatos que influenciam as mulheres nas avaliações de experiências de parto. Assim, o acolhimento com que as parturientes foram recebidas, traduzido por termos como educação, bondade, paciência e presteza são representações que se ancoram na ideia de que um atendimento tranquilo viabiliza também um parto tranquilo (PARADA/TONETE, 2008).

Os resultados revelaram que a maior parte das puérperas 66% relatou um número de toques vaginais maior e ou igual a três, e os profissionais que realizaram foram médicos 59%. Pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017, este exame deve ocorrer de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto (BRASIL, 2017).

O fragmento retirado da tese de doutorado de Woff, 2004, denominada "Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto", refere-se a uma primípara sobre o toque vaginal como uma violência obstétrica de ordem física e psicológica, ao ocorrer uma manipulação vaginal desnecessária.

[...] O atendimento que tive, não achei dos melhores [...] eu não sei se é a tensão, se é o estresse na hora [...] era muita gente, era muito estudante, a minha experiência ali foi horrível! É uma situação constrangedora, fiquei com vergonha [...] fiquei das 9 da manhã até às 6 horas da tarde, em cima de uma maca, todo mundo fazendo o exame de toque [vaginal], estudante, tudo, um horror de gente, como é que tu não vai se sentir mal? Estou com dor, sentindo contração, é complicado, não tem como tu gostar, é horrível, mas o atendimento não é que tenha sido ruim, foi bom, foi profissional [a assistência], só que eu me senti mal pela situação [constrangimento] [...] eu não acho certo é aquele monte de estudante lá em volta de mim, todo mundo fazendo exame de toque [vaginal] [...] vinha um, vinha outro, era um monte de gente [...] em questão de 10 em 10 minutos, eles estavam fazendo, era rapaz, moça, tinha de tudo, tudo bem jovem, me senti mal, eu gritava muito, eu sofri muito para ver se eu conseguia ganhar normal [...] eles iam lá para ver se tinha dilatação, tentavam puxar o cólo do meu útero também, foi horrível, estava muito lá em cima [o bebê]. Foi uma experiência que nunca imaginei que ia passar [...] eu não tenho que achar nada, eu não mando nada, eu acho muito constrangedor para uma pessoa, por mais que eles estejam ali estudando, se aperfeiçoando, para eles é uma coisa natural, é normal, mas para mim não é, eu me senti mal [...]. Era muita gente, 20 pessoas mais ou menos numa sala, e eu sentada numa maca com as pernas abertas e com aquele pano por cima de mim, mas para lá todo mundo enxergava, onde eles estavam [...] era gente passando ali, saindo dum porta, entrando na outra [...] era horrível, isso aí eu não aceito, não gostei mesmo [...] eu achei constrangedor, eram várias mulheres ali em trabalho de parto, não podia ser uma coisa aberta assim [...].

Os toques, em número exagerado e sem delicadeza ou respeito pelo ser, são inclusive fator de risco à parturiente e ao bebê. O que torna suas atitudes graves é que parecem não se dar conta de suas ações, do não cuidado, ou desumanizadas e são parte de atitudes rotineiras. As mulheres, por sua vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem ser as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem que seja normal. Não parecem estar usufruindo de um direito, e sim de um favor (WOLFF; WALDOW 2008).

Os profissionais que mais realizaram o toque foram médicos 59,4% e, conseqüentemente, também foram os que mais prestaram assistência ao parto 57%, versus 34% de enfermeiros e, os recém-nascidos foram assistidos por pediatras 61%. Quanto à prática da assistência, a Resolução COFEN nº358 dispõe sobre a atuação dos profissionais enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, reforçando a atuação destes (COFEN;2009).

O enfermeiro obstetra deve ser considerado como elemento permanente na equipe obstétrica, com a tarefa de preservar a fisiologia do parto enquanto método de ocupar a resolução de complicações, distócias que necessitem de intervenções. Com isso, o objetivo da Rede Cegonha não é substituir o médico, e sim estabelecer uma equipe multiprofissional preparada para lidar com as diferentes situações de forma ética (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

No período do pós-parto, 91 % das puérperas concordou com o atendimento das expectativas no pós-parto pela equipe médica e de enfermagem, proporcionando segurança para vivenciá-lo, 90% e 92% concordaram que receberam orientações no hospital sobre o puerpério.

É através da educação em saúde, segundo Nascimento et al.(2015), que se pode reduzir o medo do desconhecido, promover diálogo com as mulheres, das mesmas com a equipe e com outras mulheres, auxiliando-as para que tenham escolhas e expectativas mais conscientes e, conseqüentemente, sintam-se seguras com o parto. Os profissionais devem estar presentes nos serviços, com postura proativa estabelecendo vínculos com a clientela e demais profissionais da instituição (NASCIMENTO et al.,2015).

CONCLUSÃO

O perfil socioepidemiológico das gestantes durante o pré-natal na maternidade humanizada foi a maioria das grávidas eram multíparas, sem história de abortos prévios, com alta taxa de cesárias prévias, onde a maioria das consultas de pré-natal foram realizadas por médicos em conjunto com a enfermagem, e que a grande maioria realizou exame de

sangue e urina, sendo que todas realizaram ultrassonografia no pré-natal. Quanto à rotina de exames do pré-natal, a grande maioria foi praticada pelo SUS e particular.

O perfil socioepidemiológico na assistência ao parto e quanto à escolha da via de parto, a metade delas participou e o número de vezes que precisou ir à maternidade até conseguir a internação para o parto foi de uma ou mais vezes, onde sentiram-se acolhidas verdadeiramente; o número de toques vaginais ultrapassou três vezes e foram realizados pela maioria por médicos obstetras, sendo que o parto realizado por médicos, seguido dos enfermeiros, e quanto ao atendimento neonatal, o mesmo foi praticado por médicos pediatras em sua maioria.

Verificou-se que o acompanhamento pela equipe de saúde (enfermagem e médica) atendeu a maioria das expectativas das puérperas, trazendo segurança para vivenciar o pós-parto, além das orientações de saúde na sequência pós-parto.

REFERÊNCIAS

AMARAL, W. N.; MOREIRA, S.F.; VIGGIANO, M. G.C. Assistência ao parto humanizado e neonatal. Contato e comunicação. Goiânia. 2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. El parto electivo antes de las 39 semanas [Internet]. 2013 [acesso em: 30 ago. 2017]. Disponível em: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-PamphletsSpanish/Files/El-parto-electivo-antes-de-las-39-semanas>.

ANDRADE, P.O.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C.M.M.; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant, Recife, v.16, n.1, jan\mar. 2016.

BRASIL Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Saúde, Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa nacional de saúde materno-infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 1975. 2017 [online] disponível: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos Por Parteiras Tradicionais. Programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares. Brasília, 2012 [online] disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf data 18 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Editora do Ministério da Saúde, Brasília 2011. [online] disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf data 18 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. [online] disponível: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac> 18 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRÜGGEMANN, O. M; EBSEN, E. S; EBELE, R. R.; BATISTA, B.D. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. Ciênc. saúde coletiva v.21 n.8, Rio de Janeiro, ago. 2016.

COUTINHO T.; MONTEIRO M.F.G.; SAYD J.D; TEIXEIRA M.T.B.; COUTINHO C.M.; Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obs. Minas Gerais, v.11, n.32, ago-nov. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358\2009. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e da outras providências. [online] disponível: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html, Acesso em julho 2017.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v.43, n.2, p.438-35, 2009.

DIAS, M.A. B. Humanização do parto: políticas, comportamento organizacional e ethos profissionais. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.27, n. 5, mai. 2011.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D.P.; GUERREIRO, E.M.; GUEDES, M.V. C.; LAGO, P.N.;MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento. Percepções de puérperas. Esc Anna Nery, v.2, n.18, p. 262-269.

EJETA, E.; DABSU,R.; ZEWDIE,O.;MIRDASSA,E. Factors determining late antenatal care booking and the content of care among pregnant mother attending antenatal care services in East Wollega administrative zone, West Ethiopia. Pan African Medical Journal,

FERREIRA, K.A.; MADEIRA, L. M.. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares, enfermeiros obstetras. Enf obst. Rio de Janeiro, v.1,n.3, jan-abr 2016.

IHAC-Iniciativa Hospital Amigo da Criança [on line] Disponível na internet via <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>. Arquivo capturado em 29 de março de 2018.

JORGE, H.M.F.;HIPOLITO, M.C.V.;MASSON,V.A.;SILVA ,R.M. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. Rev Bras Promoção Saúde. Fortaleza, v.2 8,n.1, p: 140-148. jan-mar. 2015.

LEAL, M. C.; BITTEENCOURT, S.D.A.; TORRES, R.M.C.; NIQUINI, R.P.;SOUZA, P.R.B. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública, São Paulo; v.51, n.12. 2017.

LEAL, M.C. ;PEREIRA,A.P.E.; DOMINGUES,R.M.S.M. et al.;Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30. 2014.

MAMEDE, F.V.; ALMEIDA, A. M.; NAKANO, M.A.S.; GOMES, F.A.; PANOBIANCO, M.S.O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. Esc Anna Nery R Enferm. São Paul, v. 11, n. 3, p. 466 – 71, set. 2007.

MARCIANO, R.P. A Constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce. Dissertação Universidade Federal de Goiás. 2016.

MARTINS, C.A.; MATTOS, D. V.; SANTOS, H. F. L. Autonomia da mulher no processo parturitivo. Rev enferm UFPE, Recife, v.10, n.12, p.4509-16, dez. 2016.

MONTEIRO, M.A.; TAVARES, T. J.L. A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto. Rev. Rene, v.5, n.2, p.73-78. 2004

NAGAHAMA, E. E.I.; SANTIAGO, S. M.. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant, v.11, n.4,.out-dec. 2011.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O.M.C. Tecnologias não Invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. EscAnna Nery, São Paulo; v.14, n.3,p. 456-461, jul-set. 2010.

NOVOA, P. C. R. O que muda na Ética em Pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, v.12, n.1, jan-mar. 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. 2015 [acesso em: 30 nov. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1.

RABELO, R.;OLIVEIRA,D.,L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo, v.44, n.1. Mar. 2010.

RATTNER,D.; MOURA E.C.; Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife, v.16, n.1, jan-mar. 2016.

SANDALL, J; SOLTANI, H; GATES, S.; SHENNAN, A.; DEVANE D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.

SANTOS,S.M.P.; SANTOS,L.V.; RODRIGUES,J.O.; LIRA,L.C.S.; SOUZA,L.B.; SILVA,U.B. Acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Cogitare Enferm, Campina Grande, v.21, n.1, jan\mar.2016.

SERRUYA, J.S.;CECATTI,J.G.;LAGO,T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, Sept./Oct, 2004.

SILVA, A.,C.,L.; FELIX,H.C.R.; FERREIRA,M.,B.,G.; WYSOCKI,A.,D.,; CONTIM,D.; RUIZ,M.,T. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. Rev.Eletr.Enf. [on line] acesso dez 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>.

SILVA, E. P.; LIMA R.T.de; OSÓRIO M. M.; Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc. saúde coletiva*, v.21, n. 9, p. 2935-2948. 2016.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D.M.R. A Experiência da Mulher e de Seu Acompanhante no Parto em uma Maternidade Pública. *Texto contexto enferm*, Florianópolis, v.25, n.1, mar. 2016.

SOUZA, T. A.; MATTOS, D. V.; MATÃO, M. E. L; MARTINS C. M. Sentimentos Vivenciados por Parturientes em Razão da Inserção do Acompanhante no Processo Parturitivo. *Rev. Enf UFPE*, Recife, v. 10 n. 6, dez., 2016.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Editorial*, Ribeirão Preto, 2015.

VERSIANII, C. C.; MENDONÇA, J. M. G., VIEIRA, M. A., SENA, R. R. Maternidade segura: relato de experiência. *Rev. APS*; v. 11, n.1, p.109-14; jan-mar 2008.

WOLFF, L. R. Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto. 2004. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

WOLFF, L. R.; WALDOW V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Rev. Saude Soc. São Paulo*. v. 17,n.3. 2008.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar o ciclo gravídico-puerperal na visão das puérperas, percebe-se uma grande melhora no atendimento e assistência nesse período, depois da política de humanização nas maternidades públicas, como a inserção de equipes multiprofissionais especializadas na saúde da mulher e a presença do acompanhante durante o processo gravídico-puerperal.

Assim, na elaboração dos dois artigos, observa-se o crescimento na produção científica voltada ao ciclo gravídico-puerperal na tentativa de melhorar a mortalidade materno-infantil nas maternidades públicas, mas que ainda é necessário melhorar as condições de trabalho para profissionais, recursos financeiros e humanos, fornecendo educação e saúde.

Portanto, obteve-se um excelente resultado de satisfação das puérperas ao avaliar o ciclo gravídico puerperal evidenciando necessidade de ações voltadas aos gestores sobre a importância da valorização dos profissionais e ambiente de trabalho.

Conclui-se que é preciso ainda, que gestores invistam mais na melhoria da política na atenção à mulher, oferecendo capacitação aos funcionários e que a contrarreferência e referência sejam eficazes e resolutivas, para que a mulher não peregrine na sua gestação e que funcionários respeitem sua fisiologia, evitando abusos.

7 REFERÊNCIAS

AMARAL, W. N.; MOREIRA; S.F.; VIGGIANO, M. G.C. Assistência ao parto humanizado e neonatal. Contato e comunicação. Goiânia. 2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. El parto electivo antes de las 39 semanas [Internet]. 2013 [acesso em: 30 ago. 2017]. Disponível em: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-PamphletsSpanish/Files/El-parto-electivo-antes-de-las-39-semanas>.

ANDRADE, P.O.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C.M.M.; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant, Recife, v.16,n.1, jan\mar. 2016.

BRASIL Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Saúde, Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa nacional de saúde materno-infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 1975.2017[online]disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos Por Parteiras Tradicionais. Programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares. Brasília, 2012 [on line] disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf data 18 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2011. [online] disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf data 18 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL.Governo de Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Programas – Rede Cegonha [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar]. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/programas/291-rede-cegonha.html>

BRÜGGEMANN, O. M; EBSEN, E. S; EBELE, R. R.; BATISTA, B.D. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. *Ciênc. saúde coletiva*, v.2, n.8, Rio de Janeiro, ago. 2016.

BUSANELLO J.;LUNARDI F.W.D.;KERBER N.P.C.;LUNARDI V.L.;SANTOS S.S.Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal:revisão integrativa do cuidado de enfermagem.*Rev Gaucha Enferm.*,v.32,n.4,Porto Alegre,2011.

COUTINHO T.; MONTEIRO M.F.G.; SAYD J.D.; TEIXEIRA M.T.B.; COUTINHO C.M.; Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obs. Minas Gerais*, v.11, n.32, ago-nov. 2010.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*.São Paulo, v.43, n.2 p.438-35, 2009.

DIAS, M.A. B. Humanização do parto: políticas de comportamento organizacional e ethos profissionais. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.27, n. 5, mai. 2011.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D.P.; GUERREIRO, E.M.; GUEDES, M.V. C.; LAGO, P.N.; MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento percepções de puérperas. *Esc Anna Nery*, v.2, n.18, p.262-269.

EJETA, E.; DABSU,R.; ZEWDIE,O.;MERDASSA,E. Factors determining late antenatal care booking and the content of care among pregnant mother attending antenatal care services in East Wollega administrative zone, West Ethiopia. *Pan African Medical Journal*,

FERREIRA, K.A.; MADEIRA, L. M.. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares, enfermeiros obstetras. *Enf obst*. Rio de Janeiro, v.1,n.3, jan-abr 2016.

IHAC-Iniciativa Hospital Amigo da Criança [on line] Disponível na internet via <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>. Arquivo capturado em 29 de março de 2018.

JORGE, H.M.F.;HIPOLITO, M.C.V.;MASSON,V.A.;SILVA ,R.M. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. Fortaleza, v.28, n., p: 140-148. jan-mar. 2015.

LEAL, M. C.; BITTEENCOURT, S.D.A.; TORRES, R.M.C.; NIQUINI, R.P.; SOUZA, P.R.B. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública, São Paulo; v.51, n.12. 2017.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M. et al.; Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30. 2014.

MAMEDE, F.V.; ALMEIDA, A. M.; NAKANO, M.A.S.; GOMES, F.A.; PANOBIANCO, M.S. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. Esc Anna Nery R Enferm. São Paul.; v. 11, n. 3, p. 466 – 71, set. 2007.

MARCIANO, R.P. A Constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce. Dissertação Universidade Federal de Goiás. 2016.

MARTINS, C.A.; MATTOS, D. V.; SANTOS, H. F. L. Autonomia da mulher no processo parturitivo. Rev enferm UFPE, Recife, v.10, n.12, p.4509-16, dez. 2016.

MONTEIRO, M.A.; TAVARES, T. J.L. A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto. Rev. Rene, v.5, n.2, p.73-78. 2004

NAGAHAMA, E. E.I.; SANTIAGO, S. M.. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant, v.11, n.4, out-dec. 2011.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O.M.C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. EscAnna Nery, São Paulo; v.14, n.3, p. 456-461, jul-set. 2010.

NOVOA, P. C. R. O que muda na Ética em Pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. v.12, n.1, jan-mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. 2015 [acesso em: 30 nov. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1.

RABELO, R.; OLIVEIRA, D.L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo, v..44, n.1. Mar. 2010.

RATTNER, D.; MOURA E.C.; Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Recife, v.16, n.1, jan-mar. 2016.

SANDALL, J; SOLTANI, H; GATES, S.; SHENNAN, A.; DEVANE D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016.

SANTOS, S.M.P.; SANTOS, L.V.; RODRIGUES, J.O.; LIRA, L.C.S.; SOUZA, L.B.; SILVA, U.B. Acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. *Cogitare Enferm*, Campina Grande, v.21, n.1, jan\mar. 2016.

SERRUYA, J.S.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v.20, n.5, Sept./Oct. 2004.

SILVA, A.C.,L.; FELIX, H.C.R.; FERREIRA, M., B., G.; WYSOCKI, A., D.; CONTIM, D.; RUIZ, M.T. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev. Eletr. Enf.*, [on line] acesso dez 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>.

SILVA, E. P.; LIMA R.T.de; OSÓRIO M. M.; Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc. saúde coletiva*, v.21, n. 9, p. 2935-2948. 2016.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D.M.R. A Experiência da Mulher e de Seu Acompanhante no Parto em uma Maternidade Pública. *Texto contexto enferm*, Florianópolis, v.. 25, n.1, mar. 2016.

SOUZA, T. A.; MATTOS, D. V.; MATÃO, M. E. L; MARTINS C. M. Sentimentos Vivenciados por Parturientes em Razão da Inserção do Acompanhante no Processo Parturitivo. *Rev. Enf UFPE*, Recife, v. 10 n. 6, dez., 2016.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Editorial*, Ribeirão Preto, 2015.

VERSIONII, C. C.; MENDONÇA, J. M. G., VIEIRA, M. A., SENA, R. R. Maternidade segura: relato de experiência. *Rev. APS*; v. 11, n.1, p.109-14; jan-mar 2008.

WOLFF, L. R. Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto. 2004. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

WOLFF, L. R.; WALDOW V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Rev.Saude Soc. São Paulo. v.17, n.3. 2008.

APÊNDICE

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você/Sr./Sra. está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**Avaliação e acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal numa maternidade humanizada**”. Meu nome é Cinthya Leal de Oliveira, sou o(a) pesquisador(a) responsável e minha área de atuação é Enfermagem Obstétrica, mestranda em ciências da saúde, orientanda do Professor Doutor Waldemar Naves do Amaral.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao (à) pesquisador(a) responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) responsável(is), via e-mail (thyaleal@gmail.com) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s): (62) 999625178. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Íris, pelo telefone (62)39568888 e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

Caso aceite participar do estudo, você deve assinar ao final deste documento que está impresso em duas vias, sendo uma sua e outra que deverá ser entregue ao (à) pesquisador(a) responsável(is). Durante sua participação e a qualquer momento, suas dúvidas sobre a pesquisa e ou pesquisador(es) poderão ser esclarecidas pelo(a) pesquisador(a).

1.1 Informações Importantes sobre a Pesquisa:

A pesquisa intitulada “**Avaliação e acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal numa maternidade humanizada**”, justifica-se, pois espera que os resultados dela sirvam para

melhoria da assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal nos serviços de saúde pública de forma organizada, integrada e planejada na rede municipal. E tem como objetivo geral(;) avaliar através do Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério (IAAPP), as experiências de usuárias do serviço obstétrico público municipal de saúde. E os objetivos específicos são (:) elaborar o perfil sociodemográfico das mulheres que receberam atenção nos serviços públicos de saúde; caracterizar a assistência obstétrica no ciclo gravídico-puerperal; avaliar o acompanhamento recebido nas três fases do ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde pública; quantificar o número de atendimentos no ciclo (gravídico puerperal) na saúde pública.

Sua participação limita-se a preencher os instrumentos de coleta de dados, inventário de avaliação da assistência ao pré-natal, parto e puerpério que contém informações como dados de identificação e obstétricos, questionamentos sobre a experiência obstétrica atual sobre a caracterização da assistência do pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. E um quadro para avaliação do acompanhamento durante o ciclo gravídico-puerperal, questões como concordo, discordo, não se aplica e não sei responder. A expectativa de tempo a ser despendido com o preenchimento do instrumento é de aproximadamente 25 minutos e caso haja necessidade informações do questionário serão esclarecidas também por telefone.

É importante que você saiba que não haverá qualquer tipo de custo para os participantes da pesquisa. Também não haverá qualquer tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Não se aplicam nesta pesquisa, intervenções, tratamentos e métodos alternativos existentes. Os riscos desse estudo se referem ao constrangimento gerado por algumas perguntas do inventário e desconfortos emocionais inerentes à avaliação de constructos subjetivos e psicológicos em que o indivíduo é convidado a refletir sobre a assistência. Entretanto, a qualquer momento, você poderá retirar seu consentimento sem que isso implique quaisquer danos ou prejuízo, pessoais ou profissionais.

De maneira semelhante, esclarecemos que as participantes da pesquisa também não receberão quaisquer benefícios pessoais ou profissionais, porém os resultados poderão ajudar os gestores da rede de

saúde pública da saúde da mulher a melhorar a qualidade do sistema no ciclo gravídico-puerperal.

Garantimos sigilo quanto à identificação dos sujeitos e demais informações, bem como que os dados coletados serão utilizados com finalidade exclusivamente científica e não serão armazenados para estudos futuros.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,, inscrito(a) sob o RG/CPF/n.º de prontuário/n.º de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**Avaliação e acompanhamento da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal numa maternidade humanizada**”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisadora responsável CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência). E a participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica

ANEXOS

Anexo I - Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério

Anexo II - Parecer do Comitê de Ética

Anexo III – Normas da Revista Goiana de Medicina

Anexo I - Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Idade: _____ 1.2 Até que série estudou: _____
- 1.3 Estado Civil: () casada () solteira () União Estável () outros
- 1.4 Ocupação: _____
- 1.5 Renda Familiar: () até um salário () de dois a três salários () mais de três salários

2. DADOS OBSTÉTRICOS

- 2.1 Número de gestações _____ 2.2 Número de partos _____
- 1.3 Aborto () sim, quantos _____ () não
- 1.4 Já se consultou no serviço público de saúde? () não () sim

3. EXPERIÊNCIA OBSTÉTRICA ATUAL

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL:

- 3.1.1 Com quantos meses você iniciou o pré-natal?
- () nos primeiros três meses de gravidez () após quatro meses de gravidez
- 3.1.2 Através de quem você procurou a unidade de saúde para iniciar o pré-natal?
- () por conta própria () do agente comunitário de saúde () de outros profissionais
- 3.1.3 Quantas consultas você realizou durante o pré-natal?
- () nenhuma () de 1 a 3 consultas () de 4 a 6 consultas () acima de 7 consultas
- 3.1.4 Você se consultou com quais profissionais no seu pré-natal?
- () somente médico () somente enfermeiro () médico e enfermeiro
- 3.1.5 Você realizou quais exames no seu pré-natal?
- () exames de sangue/urina () ultrassonografias () não realizei
- 3.1.6 Por onde realizou os seus exames de rotina pré-natal?
- () pelo SUS () particular () pelo SUS e particular () não realizei exames
- 3.1.7 Quais atividades educativas que você participou durante o seu pré-natal?
- () palestras em grupo () conversa durante a consulta () não participei de nenhuma atividade educativa

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO:

- 3.2.1 Qual foi o tipo de parto na sua última gestação?
- () cesárea () normal

3.2.2 Você participou da escolha do seu parto? () não () sim

3.2.3 Quantas vezes você precisou ir à Maternidade até conseguir internação para o parto?

() três ou mais vezes () duas vezes () uma vez () nenhuma vez

3.2.4 Como você se sentiu durante o processo de trabalho de parto? () desamparada () acolhida

3.2.5 Quantos toques vaginais você realizou?

() três ou mais () de um a dois () nenhum () não sei

3.2.6 Os toques foram realizados por quais profissionais?

() médico () enfermeiro () parteira () estagiários () não realizei

3.2.7 O seu parto foi realizado por qual profissional?

() parteira () enfermeiro () médico () não sei

3.2.8 Quem foi o profissional que cuidou da sua criança na sala de parto? () técnico de enfermagem ()

enfermeiro () pediatra () não sei () outros

3.2.9 Você teve direito a acompanhante no momento do seu parto?

() não () sim

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO:

3.3.1 Quantos dias você ficou internada depois do parto?

() três dias ou mais () de um a dois dias () menos de um dia

3.3.2 Qual foi o profissional que realizou a sua visita pós-parto no hospital? () médico () enfermeiro ()

técnico de enfermagem () parteira () não sei

3.3.3 Qual foi o profissional que comunicou a sua alta no hospital? () médico () enfermeiro () técnico

de enfermagem () parteira () não sei

3.3.4 A visita da equipe da unidade de saúde da família foi realizada em que período? () não recebi

visita () na primeira semana após alta hospitalar () após a primeira semana da alta hospitalar

3.3.5 Quais foram os profissionais que participaram da visita?

() médico () enfermeiro () técnico de enfermagem () agente de saúde () outros () não recebi visita

3.3.6 Durante o pós-parto você recebeu orientações relacionadas a: () amamentação () o cuidado com

a criança () o cuidado com você () outras orientações () não recebi orientações

4. AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O CICLO GRAVÍCO PUERPERAL

1. Itens relativos à assistência pré-natal	Concordo	Discordo	Não se aplica	Não sei responder
Os profissionais da unidade de saúde atenderam você de forma acolhedora.				
As consultas foram suficientes para o acompanhamento do pré-natal.				
As consultas de pré-natal prepararam você para o parto.				
A consulta com o médico atendeu as suas expectativas.				
A consulta do enfermeiro atendeu as suas expectativas.				
As informações sobre a sua gravidez foram registradas no cartão de gestante.				
Todos os seus exames do pré-natal foram realizados pelo serviço público.				
Os resultados de todos os exames foram recebidos antes do parto.				
As suas dúvidas foram ouvidas e esclarecidas pelos profissionais de saúde.				
As atividades educativas foram importantes para melhorar o conhecimento e esclarecer as dúvidas.				
2. Itens relativos à assistência no trabalho de parto e parto	Concordo	Discordo	Não se aplica	Não sei responder
Sentiu-se acolhida pelos profissionais de saúde na maternidade.				
Durante o trabalho de parto você recebeu massagens, banhos e técnicas de relaxamento.				
Os toques vaginais foram realizados respeitando a sua privacidade e suas necessidades.				
Durante o parto você teve o direito a acompanhante garantido pela instituição.				
Você se sentiu segura no trabalho de parto e parto.				
O profissional de saúde levou em consideração a sua preferência na escolha pelo tipo de parto.				
Na sala de parto o pediatra prestou os primeiros cuidados ao seu recém-nascido.				
O acompanhamento realizado pelo médico atendeu as suas expectativas.				
O acompanhamento realizado pela parteira atendeu as suas expectativas.				
O acompanhamento realizado pelo enfermeiro atendeu as suas expectativas.				

3. Itens relativos à assistência no pós-parto	Concordo	Discordo	Não se aplica	Não sei responder
O acompanhamento realizado pelo médico após o seu parto atendeu as suas expectativas.				
O acompanhamento realizado pela equipe de enfermagem após o seu parto atendeu as suas expectativas.				
Durante o pós-parto, ainda no hospital, você recebeu orientações (amamentação, cuidados com o seu corpo, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar).				
Você se sentiu segura para vivenciar o pós-parto.				
A alta hospitalar aconteceu após a visita médica.				

O tempo de internamento foi suficiente para sua recuperação pós-parto.				
A visita da equipe da unidade de saúde aconteceu nos primeiros 10 dias pós-parto.				
O acompanhamento pós-parto realizado pelo médico da unidade de saúde da família atendeu as suas expectativas.				
O acompanhamento pós-parto realizado pelo enfermeiro da unidade de saúde atendeu as suas expectativas.				
O acompanhamento pós-parto realizado pelo agente comunitário de saúde atendeu as suas expectativas.				

Anexo II - Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e acompanhamento da assistência a gestante no ciclo gravídico puerperal numa maternidade humanizada

Pesquisador: CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70613817.9.0000.8058

Instituição Proponente: Maternidade Dona Iris

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.172.827

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, que será desenvolvida no Hospital e Maternidade Dona Iris (HMDI), localizada no município de Goiânia que realiza 100% dos atendimentos pelo SUS. Todas as mulheres que forem admitidas na referida instituição para assistência ao trabalho de parto e parto que comprovarem ter realizado a assistência no pré-natal na rede pública de saúde, que derem entrada na maternidade em um período de 6 meses. Será utilizado uma amostra de aproximadamente 1500 mulheres atendidas. Para critérios de inclusão serão selecionadas: gestantes que realizarem o pré-natal nos serviços públicos e que realizarem ou passarem por trabalho de parto vaginal de risco habitual e cesáreas no período de coleta de dados. E serão excluídas: mulheres com alguma dificuldade cognitiva, gestantes que passarem por alguma intercorrência sendo encaminhadas para UTI, menores de 18 anos, partos prematuros os quais os neonatos tiverem que ser encaminhados para UTI e ou as gestantes que não optarem por fazer parte da pesquisa e ou desistirem da pesquisa. Será aplicado um questionário com questões fechadas, já validado pela pesquisa "Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. A entrevista constará de informações como socioeconômicas, características da assistência obstétrica no período gravídico puerperal. E será realizada na unidade do alojamento conjunto destinada ao pós-parto imediato de

Endereço: EMILIO POVOA

Bairro: VILA REDENCAO

CEP: 74.845-250

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3956-8860

E-mail: centrodostudosohmdi@gmail.com



HOSPITAL E MATERNIDADE DONA IRIS



Continuação do Parecer: 2.172.827

forma individualizada, sigilosa por meio do consentimento lido e esclarecido pela autora e após aprovação do comitê de ética e se houver necessidade via telefone.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as experiências de usuárias do serviço obstétrico público municipal de saúde em uma maternidade humanizada.

Objetivo Secundário:

1 – Elaborar perfil sociodemográfico das mulheres que receberam atenção nos serviços públicos de saúde.

Caracterizar a assistência obstétrica no ciclo gravídico puerperal

Avaliar o acompanhamento durante ciclo gravídico puerperal na rede de saúde pública.

Quantificar o número de atendimentos no ciclo gravídico puerperal na saúde pública.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos desse estudo se referem ao constrangimento gerado por algumas perguntas do inventário e desconfortos emocionais inerentes à avaliação de constructos subjetivos e psicológicos em que o indivíduo é convidado a refletir sobre a assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de importância para a área da saúde da mulher e criança, sobretudo considerando a identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade materna e neonatal, pois tal situação é um importante indicador que reflete as condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente, as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos. Nesta direção, para melhorar a assistência à gestante e recém-nascido, deve-se planejar e avaliar ações já existente principalmente no período gravídico puerperal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta TCLE de acordo com a resolução 466/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo relevante que pode contribuir para as Políticas Públicas de Saúde. Metodologia de acordo com os objetivos. Porém sugiro detalhar ou descrever no projeto (Item 6.3, Critério de Exclusão), o que seria mulheres com alguma dificuldade cognitiva, como será feita a análise qualitativa bem como modificar a frase que garante apoio psicológico a todos participantes da pesquisa pois a maternidade tem um número reduzido de profissionais para tal finalidade. Sugerimos descrever

Endereço: EMILIO POVOA

Bairro: VILA REDENCAO

CEP: 74.845-250

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3956-8860

E-mail: centrodeestudoshmdi@gmail.com



HOSPITAL E MATERNIDADE DONA IRIS



Continuação do Parecer: 2.172.827

que, se necessário o acompanhamento psicológico, o mesmo será encaminhado para a rede de atenção básica.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado considera aprovado e concorda com o parecer

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_949192.pdf	26/06/2017 21:34:35		Aceito
Declaração de Pesquisadores	comissao.pdf	26/06/2017 21:32:30	CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	26/06/2017 21:30:06	CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investeador	projeto.docx	22/06/2017 17:23:53	CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/06/2017 17:18:35	CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	22/06/2017 17:17:39	CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/06/2017 17:15:48	CINTHYA LEAL DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 14 de Julho de 2017

Assinado por:
Patrícia Gonçalves Evangelista Marçal
(Coordenador)

Endereço: EMILIO POVOA

Bairro: VILA REDENCAO

CEP: 74.845-250

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3956-8860

E-mail: centrodeestudoshmdi@gmail.com

Anexo III – Normas da Revista Goiana de Medicina

A revista aceitará material original para publicação no campo relacionado à medicina feita em Goiás. A revista publicará:

1. Artigos originais completos sejam prospectivos ou retrospectivos, experimentais.
2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.
3. Números especiais como coletâneas de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros, anais e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.
4. Artigos de revisão, inclusive meta-análises e comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.
5. Comunicação breve.

Abordará um aspecto ou detalhe específico de um tema. Deve incluir resumo com no máximo 250 palavras, e três a cinco palavras-chave. O texto não necessita de subdivisões, devendo ter até 2.500 palavras, incluídas as referências e excluídas as do título, resumo, tabelas e legendas. Pode ter até 3 figuras ou tabelas e até 25 referências. A revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

PROCESSAMENTO

Todo material enviado será analisado pelo Corpo Editorial da revista. Os artigos que não preencherem as normas editoriais serão rejeitados neste estágio. Aqueles que estiverem de acordo serão enviados a dois revisores indicados pelos editores e poderão ser sugeridas modificações.

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

É uma condição de publicação em que os autores transferem os direitos autorais de seus artigos à Revista Goiana de Medicina. Todos os artigos deverão ser enviados com uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores relatando que o trabalho para publicação é original e que não foi enviado para análise ou publicado em outras revistas, no todo ou parcialmente. Na carta ainda deve estar explícito que os autores transferem os direitos autorais para a Revista Goiana de Medicina e concordam com as normas editoriais. A transferência dos direitos autorais à revista não afeta os direitos de patente ou acordos relacionado aos autores. As figuras, fotos ou tabelas de outras publicações podem ser reproduzidas desde que autorizadas pelo proprietário. A autorização escrita deve ser enviada junto com manuscrito.

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

O conteúdo intelectual dos manuscritos é de total responsabilidade de seus autores. O Corpo Editorial não assumirá qualquer responsabilidade sobre as opiniões ou afirmações dos autores. Todo esforço será feito pelo Corpo Editorial para evitar dados incorretos ou imprecisos. O número de autores deve ser limitado em seis.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os autores enviarão cópia do manuscrito juntamente com figuras, fotos ou tabelas originais. O manuscrito deve identificar um autor como correspondente para onde serão enviadas as notificações da revista. Deverá conter o endereço completo, telefone, fax e e-mail desta pessoa. Os trabalhos devem ser enviados em carta registrada ou por meio eletrônico no email comunicacao@amg.org.br.

APRESENTAÇÃO

Os manuscritos devem ser digitados em espaço duplo em um só lado da folha de papel A4. Os artigos originais devem conter os seguintes tópicos: Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página. Os relatos de casos devem ser estruturados em: introdução, relato de caso, discussão e referências. A primeira página deve incluir: título, nome completo dos autores e vínculo institucional, títulos (não mais que 20 palavras), palavras chaves (5-8 palavras) e o endereço para correspondência. A segunda página deve conter o título do manuscrito no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possa ser identificado (suprimi-los).

RESUMO

O resumo dos artigos originais deve ser dividido em seções contendo informações que permita ao leitor ter uma ideia geral do artigo, sendo divididos nos seguintes tópicos: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder 250 palavras. O resumo dos relatos de casos deve ser em um único parágrafo. Uma versão em inglês do resumo e das palavras chaves deve ser fornecido.

ESTILO

As abreviaturas devem ser em letras maiúsculas e não utilizar ponto após as letras, ex: US e não U.S.. As análises estatísticas devem ser pormenorizadas no tópico referente aos métodos. O uso de rodapé não será permitido, exceto em tabelas. O Corpo Editorial reserva o direito de alterar os manuscritos sempre que necessário para adaptá-los ao estilo bibliográfico da revista.

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom 22 mostra que...". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo:

1. et al. Não é usado. Todos os autores do artigo devem ser citados.
2. As abreviações dos jornais médicos devem seguir o formato do Index Medicus.
3. Trabalhos não publicados, artigos em preparação ou comunicações pessoais não devem ser usadas como referências Quando absolutamente necessárias, somente citá-las no texto
4. Não usar artigos de acesso difícil ou restrito aos leitores, selecionando os mais relevantes ou recentes. Nos artigos originais o número de referência deve ser limitado em 25 e os relatos de casos e cartas em 10.
5. A exatidão dos dados da referência é de responsabilidade dos autores. As referências devem seguir o estilo Vancouver como nos exemplos abaixo:

Artigos de periódicos: Cook CM, Ellwood DA. A longitudinal study of the cervix in pregnancy using transvaginal ultrasound. Br J Obstet Gynaecol 1966; 103:16-8.

In press: Wyon DP. Thermal comfort during surgical operations. J Hyg Camb 20-;in press (colocar o ano atual).

Capítulo em livro editado: Speroff L, Glass RH, Kase NG. In Mitchell C, ed. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1994:1-967.

ILUSTRAÇÕES

O uso de símbolos nas ilustrações devem ser consistentes com os utilizados no texto. Todas as ilustrações devem ser identificadas no verso com o nome do autor principal e número da figura. Se a orientação da figura não é óbvia, favor identificá-la no verso. As legendas das ilustrações devem ser digitadas em páginas separadas. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto do manuscrito e numeradas de acordo com aparecimento, ex: figura 3.

TABELAS

As tabelas devem ser digitadas em páginas separadas e os seguintes símbolos devem ser usados no rodapé: *, ¶, ‡, †. Todas as tabelas devem ser citadas no texto.