

## ASPECTOS EMOCIONAIS DA MULHER FRENTE ÀS NECESSIDADES ENCONTRADAS DURANTE O PERÍODO DA INTERNAÇÃO NA OBSTETRÍCIA

Alfranio Luiz Lopes Babo<sup>1</sup>, Amanda Gomes da Silva<sup>2</sup>  
e Cíntia Valéria Galdino<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A internação da mulher no setor de obstetrícia sem ser por causas fisiológicas (a exemplo o parto) traz muitas angústias uma vez que neste período a mulher pode ter períodos de estranheza e sensações de vazio apresentando como consequência a rejeição do seu bebê. **Objetivo:** Analisar as necessidades encontradas pela mulher no setor de Obstetrícia durante o período de internação em um hospital de ensino. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, onde participou 41 mulheres que estavam internadas no setor de Obstetrícia de um Hospital de Ensino da região Sul Fluminense, sendo os dados coletados no período de setembro a outubro de 2017. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, e os dados foram analisados pela metodologia de categorização. **Resultado:** De acordo com análise dos dados foi possível identificar duas categorias para a análise dos resultados, a saber, “A segurança física e psicológica, relacionadas ao ambiente” e “A humanização da assistência como fator de respeito e reconhecimento das fragilidades apresentadas por estas mulheres”. **Conclusão:** Conclui-se com o estudo que as necessidades encontradas pela mulher no setor de Obstetrícia durante o período de internação estão relacionadas às necessidades fisiológicas, de segurança e de estima, das quais os enfermeiros planejam e estabelecem instrumentos essenciais de cuidados de enfermagem, com intuito de diminuir as dificuldades, aumentar a satisfação e bem estar desta mulher.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher, segurança, humanização e necessidades.

<sup>1</sup> Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Valença, Valença, RJ, Brasil

<sup>2</sup> Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Valença, Valença, RJ, Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestrado Profissional em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ. Professora do CESVA FAA.

## EMOTIONAL ASPECTS OF WOMAN IN RESPECT OF THE NEEDS MEETING DURING THE PERIOD OF OBSTETRICS HOSPITALIZATION

### ABSTRACT

**Introduction:** The hospitalization of the woman in the obstetrics sector, other than physiological causes (for example, childbirth) causes many anguish, since in this period the woman may experience periods of strangeness and feelings of emptiness, presenting as a consequence the rejection of her baby. **Objective:** To analyze the needs encountered by the woman in the Obstetrics sector during the period of hospitalization in a teaching hospital. **Materials and Methods:** A descriptive exploratory qualitative study was carried out, in which 41 women who were hospitalized in the Obstetrics sector of a Hospital of Education in the South Fluminense region were enrolled, and the data were collected from September to October 2017. It was performed a semi-structured interview, and the data were analyzed by the categorization methodology. **Results:** According to data analysis, it was possible to identify two categories for the analysis of the results, namely: "Physical and psychological safety related to the environment" and "The humanization of care as a factor of respect and recognition of fragilities presented by these women. **Conclusion:** The study concludes that the needs encountered by women in the obstetrics sector during the period of hospitalization are related to the physiological, safety and esteem needs of which nurses plan and establish essential nursing care instruments, in order to reduce difficulties, increase the satisfaction and well-being of this woman.

**Keywords:** Women's health, safety, humanization and needs.

### INTRODUÇÃO

Dados da última Pesquisa Nacional por amostra de domicílio, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, indica que viviam no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população, a expectativa de vida também aumentou, em 2010 a estimativa subiu para 77 anos de idade (IBGE, 2010).

Segundo dados do Censo Demográfico (2010), o número de filhos também mudou. Em 1990 a média era de quatro filhos por mulher e agora é de um a dois filhos, segundo o IBGE a média pode variar em função dos inúmeros processos sociais em que as mulheres estão inseridas como: urbanização, modernização da sociedade em seus aspectos culturais, econômicos e sociais; difusão de meios anticonceptivos; oscilações da renda familiar e mudanças dos padrões de consumo (IBGE, 2010).

As diretrizes da atenção básica de saúde das mulheres contemplam desde o pré-natal até o aleitamento materno passando por diversas fases da vida feminina abordando queixas e problemas (BRASIL, 2016).

A política nacional de humanização, parto e puerpério foram criadas para atender as necessidades da mulher em diversas fases tendo a responsabilidade de acompanhar a gestante desde o seu cadastramento até o parto e puerpério. Na busca de um resultado satisfatório o profissional de saúde deve realizar o cadastro das gestantes no SISPRENATAL para controle nacional e retorno de recursos financeiros para o município ou estado, complementando com a qualidade na atenção à gestante uma vez que de acordo com o Ministério da Saúde há necessidade durante o pré-natal da realização de no mínimo seis consultas, sendo distribuídas: preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (PAVANATTO; ALVES, 2014).

De acordo com a Portaria nº 569/2000 do Ministério da saúde, que institui O Programa de Humanização do Pré – Natal e do nascimento, o acesso das gestantes e recém-nascidos ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania e a necessidade de ampliar os esforços de no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registrado no País e também adotar medidas que possibilite o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2000).

A rede cegonha foi criada para garantir o direito à mulher ao atendimento humanizado à gravidez, ao parto e puerpério, assim buscando a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2011).

O parto vaginal, na rede cegonha é priorizado para que haja uma boa evolução do nascimento do bebê dando o direito de a mulher escolher um acompanhante. A Rede Cegonha no Brasil tem uma estratégia de dar um suporte à gestante visando à diminuição da morbimortalidade materno e infantil (BRASIL, 2012), o desenvolvimento do projeto nas Redes Básicas aumentou a qualidade da assistência conseguindo resgatar as gestantes para as consultas de pré-natal, sendo observada a redução da mortalidade materno infantil, que foi considerado um grande ganho para sociedade brasileira (GUERRA et al., 2016).

Neste período a mulher fica mais vulnerável podendo ter períodos de estranheza e sensações de vazio que remetem a rejeição do seu bebê (PEREIRA; SOARES; SANTANA, 2015).

No período da internação ocorrem mudanças com a mulher, que sinalizam um cuidado especial que ajudam tanto no cuidado com o bebê quanto na interação com a equipe de enfermagem que busca a promoção desse bebê (ESTEVAN; SILVA, 2016), sendo a humanização nesse setor indispensável para tratamento do recém-nascido, a aproximação entre a equipe de enfermagem, família e o internado diminuindo a ansiedade, aumentando a esperança e causando maior segurança aos pais (BARRETO; INOUE, 2013).

A confirmação do papel da mulher é de extrema importância com a estabilização do bebê, a equipe de enfermagem se distancia para que a mulher possa se sentir segura à prática de cuidados com o seu filho (FRELLO; CARRARO, 2012).

O método mãe-canguru juntamente com a humanização dos profissionais de enfermagem vem proporcionando uma maior aproximação e segurança entre os pais e o recém-nascido (SOUZA et al., 2016).

De acordo com a portaria nº 2.068 de 21 de outubro de 2016, a atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido deve ser garantida no alojamento conjunto (BRASIL, 2016).

Alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até a alta hospitalar (BRASIL, 2012).

O alojamento conjunto favorece, fortalece e estabelece vínculos afetivos ente pai, mãe e filho (BRASIL, 2016).

Durante a internação da mulher no alojamento conjunto, a equipe de enfermagem presta cuidados para a mãe e seu filho, assim evitando infecções puerperais, orientando no autocuidado e aumentando o vínculo mãe-filho (STREFLING et al., 2017).

Durante os primeiros dias de vida do bebê e pós-parto, a mulher e o recém-nascido permanecem em um ambiente recebendo orientações sobre o cuidado com seu filho (COSTA, 2016).

Neste sentido o nosso objeto do estudo são as necessidades humanas básicas da mulher internada na obstetrícia além daquelas de caráter biológico, onde nosso

problema está na seguinte pergunta: “Quais são as necessidades humanas básicas da mulher internada na obstetrícia”?

Trouxemos como questão norteadora a contextualização das necessidades humanas básicas da mulher internada na obstetrícia, além daquelas de caráter biológico.

A escolha do tema para o estudo deu – se por surgir interesses e dúvidas durante as aulas de Saúde da Mulher, onde percebemos que o tratamento medicamentoso muitas vezes não fazia efeito se o emocional dessas mulheres estivesse afetado e por estar preocupados com a internação da mulher, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer e entender os aspectos emocionais da mulher durante o período de internação na obstetrícia.

Neste sentido o objetivo do presente estudo foi analisar as necessidades encontradas pela mulher no setor de Obstetrícia durante o período de internação em um hospital de ensino.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa.

Participaram do estudo 41 mulheres internadas no setor de Obstetrícia de um Hospital de Ensino da região Sul Fluminense, onde os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2017.

Foram incluídas no estudo todas as mulheres internadas no setor de Obstetrícia no período do estudo.

O único critério de exclusão foi com relação às pacientes com idade inferior a 18 anos, sendo realizada uma entrevista semiestruturada, gravada e posteriormente transcrita.

Os dados foram analisados mediante ao método de Categorização das respostas da mulher, assim como a caracterização da mulher de acordo com o número de gestações, escolaridade e faixa etária, e a análise por categorização das respostas da entrevista.

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa de Valença de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o parecer nº 2.213.497.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 41 mulheres, onde 30 mulheres são puérperas, 07 gestantes e 04 pacientes pós abortamento, sendo a idade das mesmas variando entre 18 e 39 anos, predominando 12 mulheres na faixa etária de 21 a 25 anos, 27 mulheres cursaram ensino médio completo, 02 mulheres cursaram ensino superior completo e 19 mulheres estão na primeira gestação.

De acordo com o estudo, 19,5% (08 mulheres) encontram-se na faixa etária de 18 a 20 anos, 29,3% (12 mulheres) com 21 a 25 anos, 24,4% (10 mulheres) nas idades de 26 a 30 anos, 19,5% (08 mulheres) encontram-se na faixa etária de 31 a 35 anos e 4,8% (02 mulheres) entre 35 a 39 anos. Observamos nesta amostra que predominou o quantitativo de 29,3% mulheres na faixa etária de 21 a 25 anos.

Segundo Sousa et al., (2016) em estudo realizado em Minas Gerais sobre as práticas obstétricas no trabalho de parto observou-se que a idade das puérperas variou entre 14 e 42 anos, predominando a faixa etária de 20 a 29 anos. A média de idade nos dois grupos foi de 25,4 anos ( $\pm 6,0$ ) e 25,3 ( $\pm 5,9$ ), respectivamente as características sociodemográficas das participantes são semelhantes entre as mulheres incluídas na análise.

Em relação à variável escolaridade 65,9% (27 mulheres) relataram ensino médio completo, 4,8% (02 mulheres) ensino médio incompleto, mais 02 mulheres com esta mesma porcentagem relataram ensino fundamental completo, 12,2% (05 mulheres) ensino fundamental incompleto, 4,8% (02 mulheres) com ensino superior completo e 2,4% (1 mulher) ensino superior incompleto. Nota-se com estes dados que as participantes da pesquisa têm uma caracterização da escolaridade de 65,9% Ensino médio completo.

De acordo com estudo já citado acima realizado por Sousa et al., (2016) mais da metade das puérperas cursou algum ano do ensino médio e menos de 4,0% delas chegaram ao ensino superior.

Do total de entrevistadas 46,3% (19 mulheres) encontram-se na primeira gestação, 41,5% (17 mulheres) na segunda gestação, 4,8% (2 mulheres) na terceira gestação e 7,3% (3 mulheres) na quarta gestação. A maior parte das participantes do estudo apresentou-se na primeira gestação, 46,3%.

Para Leite et al., (2013), ao verificar o perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica constata-se que 72,4% das puérperas tiveram de uma a duas gestações, sendo que em 62,2% dos casos o parto foi do tipo cesárea, com intervalo interpartal de 2 a 5 anos (53,9%).

De acordo com as falas das entrevistadas na pesquisa foram identificadas 02 categorias de análise no estudo, a saber, 1) **“A segurança física e psicológica, relacionadas ao ambiente”** e 2) **“A humanização da assistência como fator de respeito e reconhecimento das fragilidades apresentadas por estas mulheres”**.

As entrevistadas foram identificadas na pesquisa pela letra **“M”** de Mulher e numeradas de acordo com a ordem das entrevistas.

A primeira categoria do estudo foi **“A segurança física e psicológica, relacionadas ao ambiente”**, de acordo com Monteiro et al., (2014) a pirâmide de Abraham Maslow avalia a motivação do indivíduo no desejo de realizar e satisfazer suas necessidades primordiais, as Necessidades Humanas Básicas no processo de enfermagem são direcionadas através da observação, da interação e da intervenção ao atendimento da paciente.

A teoria de Abraham Maslow classifica cinco níveis de necessidades de acordo com a ordem de importância: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades do ego ou estima, necessidades de autorrealização, sendo preciso satisfazer as necessidades fisiológicas e de segurança, para se alcançar de forma plena, os outros níveis, principalmente as necessidades de estima (MONTEIRO et al., 2014).

Observam – se nas falas que a segurança é necessária para proporcionar um ambiente saudável e humanizado voltado para o atendimento das necessidades humanas básicas diminuindo os níveis de estresse e vulnerabilidade que acometem essas mulheres durante o período de internação.

O enfermeiro tem a responsabilidade junto com sua equipe de prestar cuidados, assistência humanizada e montar estratégias, estabelecer ações que possam reduzir riscos, garantindo segurança aos pacientes internados (SIMAN; BRITO, 2016).

Para Pereira, Soares e Santana (2015), a gestação é um período de vulnerabilidade e o enfermeiro deverá esclarecer dúvidas durante a sua assistência para a recuperação adequada da paciente.

As pacientes internadas recebem cuidados e assistência humanizada que visam à redução de riscos e à garantia da segurança (SIMAN; BRITO, 2016), conforme observado nas falas.

**M1: “Gostei até do local até porque cheguei aqui sentindo dor e eles me deram muita atenção, fizeram exames e nisso tudo eles comprovaram que teria que ser feita essa cesariana”.**

**M31: “Muito atenciosos com a gente, até agora me trataram muito bem, cheguei bem assustada e me trataram muito bem, são muito atenciosos comigo e não tenho o que reclamar”.**

**M9: “Sim, todos estão sempre atentos, prontos para ajudar e fazer tudo o que precisa”.**

**M31: “Muito atenciosos com a gente, até agora me trataram muito bem, cheguei bem assustada e me trataram muito bem, são muito atenciosos comigo e não tenho o que reclamar”.**

**M1: “Gostei até do local até porque cheguei aqui sentindo dor e eles me deram muita atenção, fizeram exames e nisso tudo eles comprovaram que teria que ser feita essa cesariana”.**

**M36: “Acho bom, as pessoas são bem atenciosas e estou gostando bastante”.**

Para Severino et al. (2014), a segurança é um fenômeno singular, que depende da percepção, interpretação e das construções de vida de cada pessoa.

Faz-se necessário que a mulher seja devidamente preparada para que conduza seu parto e puerpério de forma tranquila segura e saudável (SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015).

Concordando com Santos, Mazzo e Brito (2015), quando a mulher recebe as orientações corretamente diminui a ansiedade e os medos.

**M31: “Com certeza, tanto que eu tenho plano de saúde e venho me tratar aqui”.**

**M40: “Aqui é bom porque temos assistência e eu gosto”.**



**M31: “Bem, me acolheram da melhor forma possível”.**

**M21: “Sinto, são bem responsáveis”.**

Para Strefling et al. (2017), o cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal, principalmente por meio das práticas educativas no campo da atenção obstétrica, contribui para que a mulher possa participar na tomada de decisões acerca da sua saúde.

No período da internação é de extrema importância visar a um adequado restabelecimento tanto no sentido psicológico e fisiológico quanto no psicossocial, pois, diversos sentimentos se mesclam no cotidiano das mulheres (SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015).

Os relatos demonstram que garantir a oferta de um cuidado seguro e livre de danos resulta nas melhores ações para um restabelecimento psicoemocional como apresentado nas falas abaixo.

**M39: “O que mais me incomodou foi porque a gente fica um pouco jogada aqui e só essa equipe que está aqui agora de formandos que fala para a gente direitinho as coisas, mas o restante das enfermeiras que estão aqui mais antigas não falam nada para a gente”.**

**M38: “Só o estresse por que perdi meu bebê”.**

Para Severino et al. (2014), um ambiente pode parecer seguro para profissionais e, ao mesmo, pode apresentar-se inseguro para o paciente, quando a comunicação, o vínculo e o diálogo não são estabelecidos entre as partes. Abaixo relatos das participantes:

**M19: “O que mais me incomodou foi por que no começo eu fiquei aqui, mas não era para fazer nada ai depois que resolveu fazer, até então falaram que era só uma dorzinha, depois que resolveu fazer à cesariana e me sinto muito estressada aqui”.**

**M23: “Por enquanto nada, apenas por ser um quarto só, é muita gente e criança junto, uma criança acorda a outra”.**

O adequado dimensionamento da equipe de enfermagem influencia na qualidade do cuidado prestado, por isso, o ver e o ouvir são fundamentais para a construção de uma prática segura.

A segunda categoria formada no estudo foi intitulada **“Humanização da assistência como fator de respeito e reconhecimento das fragilidades apresentadas por estas mulheres”**, onde de acordo com Airosa et al. (2012), ao atender a mulher deve – se levar em consideração que a mulher sofre varias mudanças como: emoções variadas, mudança de autoestima, sono prejudicado podendo levar a rejeições e transtornos durante o período de internação.

Nas percepções negativas da mulher tanto no parto vaginal, quanto no parto cesariana fica evidente o medo da dor, das complicações com o bebê, da hemorragia e da anestesia causando ansiedade e insegurança (CARNEIRO et al., 2015), tendo a necessidade de um planejamento para o cuidado humanizado.

O atendimento à mulher deve ser de forma humanizada favorecendo a relação entre a equipe e as mulheres e proporcionar um cuidado especial que garanta segurança e confiança nos cuidados oferecidos (BRASIL, 2012). Foi observado nas falas:

***M37: “Sim, no momento que me disseram que teria que ficar aqui sete dias por que estava tomando antibiótico, veio à assistente social e a psicóloga conversar comigo para tentar me acalmar mais depois a equipe da enfermagem me deu um apoio muito bom”.***

***M1: “Ofereceram conforto, foi tranquilo mesmo”.***

***M30: “Gostei, superou as minhas expectativas”.***

***M19: “Fui atendida direito”.***

Para Arrais, Mourão e Fragalle (2014) a mulher passa por variações de humor e períodos conturbados durante a gestação, assim diminuindo a capacidade de sentir prazer ocasionando transtorno psicológico. A exemplo nas falas abaixo descritas:

***M3: “Foi tenso porque eu tive que passar primeiro pela tentativa de parto normal, ai contração, contração, depois que eu fui ao final da tarde para a Cesária”.***

**M27: “Estresse por causa do parto”.**

Para Strefling et al. (2017), é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da necessidade de aliar o conhecimento técnico e específico ao exercício da escuta para um maior comprometimento e formação de vínculo com a mulher para o alcance da atenção qualificada, levando em consideração o significado do processo gravídico puerperal para cada mulher.

Na perspectiva da atenção integral e humanizada, é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher (STREFLING et al., (2017). Observado nas falas abaixo:

**M31: “Muito atenciosos com a gente, até agora me trataram muito bem, cheguei bem assustada e me trataram muito bem, são muito atenciosos comigo e não tenho o que reclamar”.**

**M39: “Foi bom, fui bem recebida porque tinha uma equipe especial aqui”.**

Segundo Oliveira et al. (2014) as instituições hospitalares têm adotado estratégias com objetivo de oferecer uma assistência de excelência às mulheres assegurando um atendimento satisfatório.

Conforme as fragilidades vivenciadas pelas mulheres durante a gestação, parto e puerpério, a obstetrícia deve promover ações com intuito de propiciar fortalecimento de seu emocional, aumentando sua autoestima, reduzindo ansiedade e medos, mediante ao atendimento humanizado, buscando um resultado satisfatório e o restabelecimento da saúde da mulher internada.

Deve-se observar que a mulher busca um ambiente em que se sinta cuidada, com oferta de afeto, atenção e carinho, que irão favorecer a segurança, o bem-estar e o alívio das sensações dolorosas, das complicações antes do parto, no trabalho de parto e no pós-parto. Esse apoio emocional deve ser estendido à família e/ou acompanhante, que também ajudam no suporte durante esses momentos.

Assim sendo, a equipe de Enfermagem precisa estar atenta e se disponibilizar a ajudar a mulher orientando-a de acordo com suas necessidades e dúvidas

## CONCLUSÃO

Ao término do presente estudo conclui-se que as necessidades humanas básicas encontradas pela mulher no setor de Obstetrícia durante o período de internação foram: necessidades fisiológicas, de segurança e de estima, das quais os enfermeiros planejam e estabelecem instrumentos essenciais de cuidados de enfermagem, com intuito de diminuir as dificuldades, aumentar a satisfação e bem estar desta mulher.

As necessidades identificadas envolvem um planejamento das ações de Enfermagem a esta paciente relacionados ao “Cuidado Humanizado e a Segurança na qualidade do atendimento”.

Conforme apresentado ao longo do trabalho quanto ao “Cuidado Humanizado” em muitos pontos observados, destacou-se o reconhecimento do perfil de cada mulher, possibilitando um relacionamento afetivo, confiança e carinho entre elas e equipe de enfermagem. Observam-se diversas opiniões das participantes do estudo, em relação à internação relatando tranquilidade, outras disseram que foram bem tratadas pela equipe de saúde e manifestações de algumas pacientes que relataram fatores biológicos característicos às situações que se apresentavam (a exemplo o medo da anestesia e medo de sentir dores), fatores estes que causaram algumas alterações que afetaram o emocional levando ao estresse.

Em relação à segurança na qualidade do atendimento e na atenção, as mulheres relataram satisfação com o atendimento recebido durante a hospitalização, onde manifestaram a sensação de segurança e confiança quando os trabalhadores de Enfermagem demonstram estarem capacitados e atenciosos frente às necessidades destas pacientes.

Observou-se que na atenção à necessidade de Segurança, as orientações realizadas pelos profissionais de Enfermagem às mulheres, contribuíram para ampliar a atenção ao cuidado, onde estas citaram a atenção da enfermagem com explicações antes de cada procedimento realizado, o que amplia a segurança no cuidado recebido na percepção desta mulher.

A Enfermagem, como já elencada por estas pacientes como peça essencial na assistência à saúde, assume um papel de referência importante na atenção das necessidades do Cuidado. Os profissionais de saúde e, especificamente os de

Enfermagem, devem estar constantemente aprimorando seus conhecimentos para prestar o cuidado de acordo com a demanda de cada mulher, respeitando suas singularidades e limitações.

Cabe ao Enfermeiro enquanto responsável pela equipe de Enfermagem que atende esta mulher em suas necessidades (conforme apresentadas no estudo) manter – se atualizado e capacitado em estratégias a identificação precoce das necessidades encontradas, promovendo a saúde destas mulheres, a partir do estabelecimento de uma Sistematização da Assistência de Enfermagem baseada na atenção ao cuidado individualizado.

O bom relacionamento entre as mulheres, o enfermeiro e sua equipe resultam em um planejamento, organização das atividades, acolhimento bem-sucedido, execução de ações que transmitem uma tranquilidade e segurança, e que eleva a autoestima dessas mulheres.

Nesse contexto, compreende-se ainda que a percepção das mulheres sobre os trabalhadores é um importante fator que interfere nas decisões e condutas, assim como na satisfação das mulheres quanto ao atendimento recebido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIROSA, S. M. **Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social.** 73 f. Dissertação (Mestrado em psicologia na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde). - Universidade Fernando Pessoa- UFP, Porto Seguro, 2012.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção a depressão pós-parto. **Saúde soc.** [online]. 2014, v.23, n.1, p. 251-264. 2014.

BARRETO, A. L. R.; INOUE. S. Assistência Humanizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): Importância dos profissionais de enfermagem. **Revista UNINGÁ Review**, Paraná, v. 15, n.1, p. 66-71, jul/set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/SM nº 569**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 07 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/SM nº1459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Disponível em:  
<[http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>  
. Acesso em 07 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco/** Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32 Brasília – DF 2012. Disponível em:  
<[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernosatencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernosatencao_basica_32_prenatal.pdf)> acesso em: 14 de abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/SM nº2.068**, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Disponível em:  
<<http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-portarias/216-portaria-n-2068-de-15-de-setembro-de-2015.html>>

CARNEIRO, L. M. A. et al. Parto natural x parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **Recon**. v. 5, n. 2, p. 1574-1585, mai/ago, 2015.

COSTA, M. C. M. D. R. et al. **Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades**. 2015. 352p. Tese doutorado em enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ESTEVAN, M. C. D; SILVA, D. D. J. Visão das mães em relação ao cuidado com o recém-nascido após a alta da UTI neonatal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.9, n.1, p. 15-24, 2016.  
Disponível em:<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/4161/2745>>. Acesso em 08 de abr. 2017.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 3, p. 514-21, 2012.

GUERRA, H. S, et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário Brasileiro. **Cesumar**, v. 18, n. 1, p.73-80, 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), 2010.

LEITE, F. M. C. et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Recogitare Enferm.** v. 18, n. 2, p. 344-50, 2013.

MONTEIRO, P. V. et al. Atenção as necessidades humanas básicas do indivíduo com AIDS. **Cogitare Enferm.** v. 19, n. 2, p. 299-303, 2014.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégia para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery.** v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.4, n.4, p.761-770, out/dez. 2014.

PEREIRA, P. A. P.; SOARES, S. M.; SANTANA, L. S. Políticas públicas e Necessidades Humanas com enfoque ao gênero. **Sociedade em debate.** Pelotas, v.12, n.1, p. 67-86, 2015.

SANTOS, F. A. P. S.; MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **REVOL-Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, RF, v.9, n.2, p.858-63, fev. 2015.

SEVERINO, L. F. S. et al. Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**, Ceará, n. 35, p. 310-323, 2014.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha de Enfermagem.** v. 37, Porto Alegre, 2016.

SOUSA, A. M. M et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery.** v. 20, n. 2, 2016.

STREFLING, I. S. S. et al. Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. **Rev. Fund Care Online.** v. 9, n. 2, p. 333-339, 2017.