

**ENTRE O ESPERADO E O VIVIDO: EXPECTATIVAS
E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO AO
MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO**

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2017**

ALICE PARENTES DA SILVA SANTOS

**ENTRE O ESPERADO E O VIVIDO: EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE
MULHERES EM RELAÇÃO AO MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zeni Carvalho Lamy

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Laura Lamas Martins
Gonçalves

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2017**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Santos, Alice Parentes da Silva.

Entre o esperado e o vivido: expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento / Alice Parentes da Silva Santos. - 2017.

113 p.

Coorientador(a): Laura Lamas Martins Gonçalves.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. 2. Gestantes. 3. Nascimento a termo. 4. Parto humanizado. I. Gonçalves, Laura Lamas Martins. II. Lamy, Zeni Carvalho. III. Título.

ENTRE O ESPERADO E O VIVIDO: EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO AO MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO

Alice Parentes da Silva Santos

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Zeni Carvalho Lamy
Orientador
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Laura Lamas Martins Gonçalves
Coorientador
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Daphne Rattner
Examinador Externo
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
Examinador Interno
Instituição

Às mulheres que me permitiram participar dos
momentos tão íntimos que são a gravidez, o
parto e o puerpério.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, determinação e energia para a conclusão dessa importante etapa.

Ao meu pai, Hamilton, e à minha mãe, Ana, inspiração enquanto casal e individualmente e por permitirem que eu voe meus próprios vôos.

Às minhas irmãs, Bia e Luíza [*in memoriam*], por acreditarem em mim, por vezes, mais que eu mesma.

Ao Marcio, namorado e companheiro dessa e de muitas outras aventuras.

À minha família e aos(às) amigos(as), por entenderem as ausências físicas durante esses 2 anos.

Ao Felipe, pelas traduções das versões e pela paciência.

Às minhas orientadoras, professora Zeni e professora Laura, por me ensinarem mais que teoria nesses 2 anos, pela dedicação e disponibilidade de sempre. Sei que não foram apenas os portões de suas casas que você abriram pra mim (muitas vezes à noite e aos fins de semana).

À Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (PGSC – UFMA): aos(às) competentes professores(as), por todos os ensinamentos; às secretárias, pela disponibilidade; e a todos os funcionários. Agradecimento especial a Karol e Rose, sempre atenciosas e resolutivas.

Aos(às) colegas e amigos da Turma 2015 – PGSC, pelos ensinamentos e parcerias firmados, em especial à amiga Sara.

Aos leitores das versões desse trabalho desde o início: professora Rosângela; e professores Tadeu e Fernando, pelas contribuições em cada etapa da pesquisa.

Às professoras Daphne Rattner, Rita Carvalhal e Teresa Seabra, pela disponibilidade de participarem da banca de defesa do trabalho final.

Aos(às) profissionais do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Materno Infantil, por facilitarem a coleta de dados. Em especial à enfermeira Nilza, sempre disposta a ajudar na coleta de dados e na discussão dos resultados.

Ao grupo de pesquisa, que tanto ajudou na transcrição das entrevistas e na análise dos dados, em especial às alunas Clarice, Duda e Polli.

A cada uma das mulheres e suas famílias que aceitaram minha entrada nesses momentos tão íntimos que são a gestação, o parto e o puerpério.

“Eu vi a mulher preparando outra pessoa. O
tempo parou pra eu olhar para aquela barriga.”
Caetano Veloso

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CO – Centro Obstétrico

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PQM – Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros

RC – Rede Cegonha

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UMI – Unidade Materno Infantil

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

SANTOS, Alice Parentes da Silva, **Entre o esperado e o vivido: expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento**, 2017, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 113p.

RESUMO

Introdução: As boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento são recomendações baseadas em evidências científicas de pesquisas realizadas em diversos países e ancoram a formulação das ações da Rede Cegonha, que visa promover assistência humanizada e de qualidade, além de possibilitar às mulheres experiências seguras e positivas durante a gravidez, o parto e o nascimento. Dentre as práticas demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto destacamos: o acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, parto e pós parto; e o contato pele a pele entre a díade mãe-bebê e a amamentação como práticas precoces, desenvolvidas, de preferência, na primeira hora de vida do recém-nascido. **Objetivos:** Analisar as expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e do nascimento. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada em três fases: entrevista no pré-natal; observação do parto; e entrevista no puerpério. Para análise dos dados foi utilizada Análise de Conteúdo na modalidade Temática. **Resultados e discussão:** Foram entrevistadas 18 mulheres na fase do pré-natal. Dessas, 12 foram entrevistadas no puerpério e 4 foram observadas durante o parto. As categorias encontradas foram: Muitos médicos, pouco vínculo; Uma pessoa da família seria o outro olho da gente; Parto esperado e parto vivido; Às vezes eles já colocam no peito. Das práticas estudadas, o acompanhante de livre escolha foi a que se apresentou mais próxima do preconizado pela RC. Por sua vez, a amamentação apresentou os piores resultados no estudo. **Considerações finais:** Apesar das ações a nível nacional que estimulam as boas práticas ao parto e nascimento, a implementação das mesmas ainda apresenta muitos desafios.

Palavras-chave: Gestantes; Parto humanizado; Nascimento a termo; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

SANTOS, Alice Parentes da Silva, **Entre o esperado e o vivido: expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento**, 2017, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 113p.

ABSTRACT

Introduction: Good practices towards parturition and birth are recommendations based on scientific evidence of researches performed in different countries, which are the foundation for the work of Rede Cegonha, which aims to promote humanized assistance with quality, in addition to give women the chance of having a safe and positive experience, during pregnancy, parturition and birth. Among the notable and proved practices, which must be stimulated during labor, parturition and post-parturition we shall highlight: the free will companion during labor, parturition and post-parturition; the skin-to-skin contact between mother and child and the breastfeeding as precocious practices developed, preferably, in the first hour of life of the newborn. **Objectives:** To analyze the expectations and experiences of women during parturition and birth. **Method:** Qualitative research divided in three phases: prenatal interview; the observation of parturition; interview during puerperium. For database analysis, it was used the Contest Analysis in the Theme modality. **Results and discussion:** Eighteen women in the prenatal phase were interviewed. Among them, twelve were interviewed during puerperium and four were observed during parturition. The categories that highlighted in the research were: Too many doctors, no bond; An individual of the family would bring us another perspective from the birth room; The kind of parturition expected and the kind of parturition experienced; Sometimes they already put on the chest. Among the practices studied, the free will companion was the nearest recommended by the good practices during parturition and birth. On the other hand, breastfeeding showed the worst results during the research. **Final considerations:** Despite the actions on national levels, that aim to encourage the implementation of good practices during parturition and birth, those practices still presents many challenges.

Key-words: Pregnants, humanized parturition, Non-precocious birth, Knowledges, Behavior and health practices.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	Ações de atenção à saúde da mulher e da criança: uma revisão histórica	15
3.2	Expectativas de mulheres grávidas com relação ao parto e nascimento.....	23
3.3	Práticas humanizadas ao parto e nascimento	33
3.3.1	Acompanhante de livre escolha	34
3.3.2	Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.....	40
4	MÉTODOS	46
4.1	Tipo de estudo.....	46
4.2	Local do estudo	46
4.3	Participantes e amostra do estudo	47
4.4	Técnicas e Instrumentos do Estudo	47
4.5	Passos para a coleta de dados	49
4.6	Análise dos dados	50
4.7	Aspectos éticos	51
4.8	Riscos e benefícios	51
4.9	A Entrada no Campo	51
5	RESULTADOS	60
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICE A – Questionário.....	97
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada para o pré-natal.....	98
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semi-estruturada para o puerpério.....	99
	APÊNDICE D – Roteiro de observação participante	100
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
	ANEXO A – Parecer de aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ..	103
	ANEXO B – Normas para submissão de artigo à Revista Cadernos de Saúde Pública.....	109

1 INTRODUÇÃO

Joana chega para a 7ª consulta de pré-natal, na 38ª semana de gestação. Ao entrar no consultório, percebe que esse é o 7º médico diferente que lhe atende durante o pré-natal. Ele acessa o computador e pede para ver os exames solicitados na consulta anterior. Olha os papéis, pede para examiná-la e diz que está tudo certo. O médico pede que a próxima paciente seja chamada e sua assistente encaminha Joana até a porta. Joana retorna para casa sem esclarecer suas dúvidas. Em que situações deverá buscar a maternidade? Ela está preocupada com os relatos de mulheres cujos bebês “passaram da hora”. Cinco dias depois da consulta, ela retorna à maternidade com o esposo, Mario. Estava perdendo líquido e foi internada. Disseram-lhe que estava no início do trabalho de parto, com 3 centímetros de dilatação. Ela não sabe se Mario pode acompanhá-la e não pergunta a ninguém, mas ele a acompanha até o Centro Obstétrico. Após seis horas, depois de uma nova avaliação, dizem para ela se preparar para ir para o centro cirúrgico, pois o bebê não estava se mexendo como esperado. Ela não compreende o que isso significa, até que uma técnica de enfermagem entra e diz que vai levá-la para fazer uma cesariana. Seus olhos se enchem de lágrimas pois esperava que Pedro nascesse de parto normal. Mario a consola. Diz que a cesariana é melhor para ela e para o filho. Joana é levada para o Centro Cirúrgico e se sente só, mas depois que foi anestesiada percebe que Mario entrou na sala. Quando o bebê nasce, mostram para ela, mas logo depois é levado. Quando a cesariana é finalizada a levam para a sala de recuperação. Joana pergunta a Mario, por Pedro. Ele a acalma, dizendo que estão limpando e arrumando o filho. Uma técnica chega com o bebê, enrolado e o coloca no seio materno e pede para Mario auxiliar Joana, pois outro parto será iniciado e ela precisa retirar-se.

(Texto das autoras)

A história de Joana, que também pode ser a história de muitas outras mulheres, é bastante significativa para o que esta pesquisa pretende investigar. Este breve relato evidencia situações divergentes em relação ao esperado hoje. Se, por um lado demonstra mudanças como a presença do acompanhante, por outro deflagra a falta de comunicação e práticas ainda não implementadas como o contato pele a pele.

A vontade de me aproximar da vivência de mulheres durante a gravidez, parto e nascimento foi inicialmente motivada pelo interesse em entender como se dão as expectativas relacionadas a esse momento íntimo e intenso que é o parto. Além disso, o interesse também estava em compreender como estão ocorrendo as mudanças neste cenário a partir das práticas de humanização.

Lopes et al. (2005) trazem a gravidez como um período de intensas expectativas da mulher endereçadas ao momento do parto, muitas vezes representado de forma fantasiosa e permeado por ansiedades por ser um momento muito esperado. Os autores enfatizam, ainda,

que além das expectativas, o parto permanece no futuro na forma de lembranças frente ao vivido.

As expectativas relacionadas ao parto baseiam-se, em muito, nas informações recebidas pela mulher e na forma como essas informações estão acessíveis e são dadas. Nesse contexto, o pré-natal tem papel central na construção das expectativas das gestantes, visto que devem ser uma espaço pra o compartilhamento de dúvidas e oferta de informações (FERREIRA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2002).

A literatura aponta importantes ferramentas que podem ser utilizadas no pré-natal, como as aulas de preparação para o parto (MORGADO et al., 2010), os grupos educativos e de apoio (BOARETTO, 2003) e o plano de parto (DIAS, DOMINGUES, 2005; DIAS, DESLANDES, 2006; OLIVEIRA et al., 2002). Tais recursos são capazes de auxiliar na construção de expectativas congruentes com a realidade a ser vivida.

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou a portaria da Rede Cegonha (RC) com o objetivo de promover uma assistência humanizada qualificada à mulher e à criança. A RC traz a humanização no contexto da assistência obstétrica e neonatal como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que têm por objetivo a promoção do parto e do nascimento saudáveis, além de visar prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. O foco das práticas humanizadas remete-se a intervenções benéficas, bem como à defesa de que intervenções desnecessárias devem ser evitadas, possibilitando a privacidade e a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo (BRASIL, 2011a).

A RC busca, entre outros objetivos, possibilitar às mulheres experiências seguras e positivas durante a gravidez, o parto e o nascimento, a partir de práticas baseadas em evidências científicas. Destaca, ainda, o parto como função fisiológica e natural e defende a garantia do direito de que a mulher e o(a) companheiro(a) possam vivenciá-lo de forma única (BRASIL, 2011a).

Apesar das evidências científicas, a literatura vem apontando entraves na efetivação das práticas humanizadas ao parto e nascimento, enfatizando-se nesta pesquisa, a princípio, a presença do(a) acompanhante de livre escolha, o contato pele a pele e a amamentação. Podem-se citar como entraves nesse processo, os seguintes: falta de preparo por parte dos profissionais para ofertar cuidado humanizado e de qualidade à mulher e ao bebê (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011); resistência dos hospitais e no meio acadêmico em implementá-las nos serviços (PASCHÉ; VILELA; MARTINS, 2010); e fatores institucionais (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

A partir de estudos em distintos locais no Brasil, pesquisas indicam que práticas como o acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (DINIZ et al., 2014), o contato pele a pele (MATOS et al., 2010) e a amamentação (BOARETTO, 2003) ainda não são uma realidade para muitas mulheres.

As experiências de gestantes com relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento no estado do Maranhão ainda não são conhecidas. A presente pesquisa, a partir do levantamento das expectativas de mulheres grávidas com relação ao parto e nascimento, poderá lançar um olhar sobre se e como essas mulheres têm tido acesso às informações a respeito dessas práticas.

A proposta do estudo mostra-se nova, ainda, no sentido de entender a proximidade ou distanciamento entre as expectativas da mulher e o vivido durante e imediatamente após o parto, possibilitando buscar as congruências e frustrações implicadas entre o esperado e o vivido nas primeiras experiências maternas junto ao bebê após o nascimento levando em consideração o que é assegurado pela RC.

Dessa forma, considerando as mudanças necessárias para a implantação de práticas adequadas, é importante conhecer sua efetivação, levando-se em consideração que o parto e o nascimento são vivências únicas e singulares.

O presente estudo se justifica pela resistência, já exposta anteriormente, por parte de hospitais, inclusive de ensino, na flexibilização dos modelos de organizar e permitir a circulação do poder, sustentando práticas obsoletas em detrimento à implementação das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (PASCHE, VILELA E MARTINS, 2010).

Num enfoque regional, também destacamos que o Nordeste está entre as regiões brasileiras que apresenta menor prevalência de boas práticas ao parto e ao nascimento (LEAL et al., 2014). Tal dado retrata uma situação que merece um olhar atento à assistência prestada às mulheres e aos bebês durante o pré-natal e puerpério, possibilitando experiências que sejam, além de comprovadamente benéficas, positivas em cada singularidade, reposicionando mãe e bebê enquanto sujeitos partícipes dos processos de parir e nascer.

É no bojo das mudanças possibilitadas pela RC que o presente estudo vislumbra analisar as expectativas e experiências de mulheres no processo de parto e nascimento de seus bebês.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e do nascimento.

2.2 Específicos

- Identificar características sociodemográficas, culturais, obstétricas e neonatais;
- Conhecer as expectativas das mulheres estudadas sobre presença do acompanhante, contato pele a pele e amamentação no momento do parto e nascimento;
- Conhecer as experiências das mulheres relacionadas a essas práticas no momento do parto e nascimento;
- Analisar a relação entre as expectativas e experiências das mulheres com relação às práticas humanizadas estudadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Ações de atenção à saúde da mulher e da criança: uma revisão histórica

O final do século XIX foi marcado, no Brasil, por uma precária assistência materna e infantil, com uma visão da mulher e da criança como objetos (SILVA, CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005). O estado de saúde da população era percebido como associado à disciplina, devendo a família e a medicina agir como agentes disciplinadores. Os primeiros alvos a serem disciplinados foram as crianças, frente à preocupação com a alimentação para uma vida saudável, e as mulheres-mães, para que amamentassem seus filhos, uma vez que muitas das mulheres pariam cedo e com pequenos intervalos de tempo entre uma gestação e outra, recorrendo, então, a amas-de-leite ou outros lácteos (OSIS, 1994).

No início do século XX, começaram a surgir instituições públicas de assistência à mulher e ao recém-nascido, contribuindo para a hospitalização do parto e nascimento, que, até a década de 40 eram tidos como experiências naturais, íntimas e femininas, tornando-se, a partir de então, práticas institucionalizadas, percebidas como eventos médicos e vividas de maneira pública (SILVA, CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Storti (2004) enfatiza que a institucionalização do parto e do nascimento permitiu muitos avanços tecnológicos. Por outro lado, muito se perdeu do ambiente acolhedor e familiar do parto em domicílio. Monteiro, Gomes e Nakano (2006) afirmam ainda que a institucionalização do parto e nascimento distanciou a mulher da compreensão de tais fenômenos como fisiológicos, além de ter medicalizado o nascimento e transformado o natural em não-natural.

Ainda no século XX, percebeu-se, a partir dos anos 70, a elevação das taxas de partos cesarianos, produzindo, segundo Victora et al. (2011), uma epidemia de cesarianas. Tal cenário tem sido justificado, dentre outros aspectos, pelo maior valor pago, na ocasião, pela seguridade social a médicos e hospitais que optavam por essa prática. Os autores referem ainda a possibilidade de agendar as cesarianas em dias úteis e horários comerciais (o que facilita a rotina hospitalar e dos profissionais) como mais um elemento implicado no cenário descrito.

A literatura aponta que até o final da década de 70 a agenda do Brasil contava com poucas ações voltadas à saúde materna, percebendo-se uma mudança nesse cenário na década seguinte (LAGO, LIMA, 2009; LEÃO, MARINHO, 2002; PASCHE, VILELA, MARTINS,

2010; VICTORA et al., 2011). Ressalta-se ainda que até esse período, as ações voltadas à saúde da mulher eram baseadas no papel social de mãe e dona de casa, emergindo fortes críticas por parte do movimento feminista endereçadas à percepção reducionista da mulher (BRASIL, 2004; OSIS, 1998). Osis (1998) frisa ainda que a assistência à saúde da mulher até esse momento remetia-se a intervenções sobre os corpos da mulher-mãe com intuito de garantir filhos adequados às necessidades da reprodução social.

Com intuito de prestar uma atenção para além do período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde criou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O sentido de integralidade ao qual o programa se remetia implicava em “[...] ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde” (BRASIL, 1984, p. 6). Assim, percebe-se, como afirma Osis (1998), uma ruptura com a visão tradicional de prestar uma assistência apenas reprodutiva às mulheres.

O PAISM remetia-se à oferta de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, a fim de aprimorar o controle do pré-natal, parto e puerpério. Além disso, voltava-se para intervir sobre problemas presentes durante toda a vida da mulher (da adolescência à velhice). O controle de doenças sexualmente transmissíveis, bem como do câncer de colo uterino e mamário também estava entre suas ações, assim como a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

Questões como aleitamento materno, aborto, doenças sistêmicas na população feminina, gravidez na adolescência e menopausa também sinalizaram para a necessidade de ações de saúde que fossem mais abrangentes e capazes de acompanhar as mudanças na sociedade brasileira, constituindo, assim, o bojo que estruturou o PAISM (BRASIL, 1984).

Rattner (2014) remete-se ao PAISM como um marco político e histórico na saúde materna, uma vez que emerge de reivindicações dos movimentos de mulheres e feministas por um atendimento global voltado às suas necessidades, bem como uma ruptura entre a saúde das crianças e dos adolescentes e a saúde da mulher, antes tomada como saúde materno-infantil. Tal ruptura possibilitou que a mulher fosse vista como sujeito de direitos, garantindo-se atendimento em saúde para questões além da gravidez, parto e puerpério.

Correa (1993) refere que foi observada, nos primeiros 10 anos após a implementação do PAISM, uma limitação na cobertura dos serviços. Esse panorama em parte é explicado pelos reduzidos investimentos políticos frente à pouca prioridade dada às demandas, necessidades e desejos da mulher nos anos 80. Por outro lado, Rattner (2014)

remete-se ao processo de redemocratização, à aprovação da Constituição Federal de 1988 e à criação do SUS como elementos que possibilitaram um terreno fértil para mudanças na forma como a saúde era entendida.

Mesmo com a implantação do PAISM, a assistência ao parto e nascimento na década de 90 ainda era inadequada devido às excessivas intervenções e desrespeitos aos direitos da mulher. Assim, ativistas pela humanização movimentavam-se de forma a resistir às práticas muitas vezes naturalizadas. Dessa forma, foram realizadas experiências isoladas (Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte; Hospital São Pio X, em Goiás; e Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro) de humanização na atenção ao parto e nascimento (RATTNER, 2009).

No final dos anos 90 ainda percebiam-se, como enfatizam Leão e Marinho (2002), muitas questões a serem enfrentadas no campo da saúde da mulher no Brasil. Entre os desafios, pode-se citar a AIDS, a violência, as doenças cardiovasculares, o câncer de colo uterino e as complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Frente ao cenário descrito de dificuldades na consolidação de programas específicos e do próprio SUS, bem como levando em consideração as lacunas ainda existentes na atenção à saúde, em 2002 foi editada a Norma Operacional de Assistência em Saúde pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 373. Nela, a saúde da mulher aparece como uma das áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, com as seguintes responsabilidades: pré-natal; prevenção do câncer de colo uterino; e planejamento familiar (BRASIL, 2002a).

No ano de 2000 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que preconizava a atenção humanizada como essencial para a adequada assistência ao parto e puerpério. O Programa remetia-se à humanização a partir de duas idéias principais: 1) o atendimento digno à mulher, ao recém-nascido e aos familiares, o que demanda atitude ética dos profissionais e da instituição que recebe tais atores para possibilitar um ambiente acolhedor e capaz de romper com o modelo de isolamento da mulher; e 2) a adoção de medidas benéficas ao parto e nascimento, evitando-se intervenções que, apesar de tradicionais, são desnecessárias e não trazem benefícios (BRASIL, 2000).

As ações do PHPN voltavam-se às necessidades de atenção da gestante, do recém-nascido e da mulher no período pós-parto. Tinha como principal objetivo a busca por melhoria do acesso, cobertura e qualidade de acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes, bem como ao recém-nascido. Além disso, tinha por prioridades 1) a redução das taxas de mortalidade dos grupos assistidos e 2) a ampliação de ações já adotadas

pelo Ministério da Saúde, como o incremento do custeio do Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais e a capacitação de profissionais diretamente ligados à atenção ao pré-natal e nascimento (BRASIL, 2002b).

Apesar das tentativas de humanização ao parto e nascimento serem anteriores à implementação do PHPN, Rattner (2009) afirma que é com a criação do Programa que o termo humanização é adotado de forma oficial. Apesar de polissêmico, no PHPN a humanização remetia-se à equidade e cidadania, uma vez que assegura que toda gestante tem direito a atendimento pré-natal integral e completo (mínimo de seis consultas no pré-natal e uma no puerpério), com garantia de vaga para o momento do parto.

Carneiro (2013) traz a humanização como um movimento de transformação na forma de nascer, respeitando o tempo fisiológico da mulher, evitando-se, assim, procedimentos de rotina invasivos (ocitocina intravenosa e episiotomia, por exemplo) e ofertando serviços de qualidade, como informações e possibilitando uma escolha no modo de parir, respeitando-se crenças e estilos de vida.

Em pesquisa de base nacional para avaliar a implantação e implementação do PHPN a partir de pesquisa quali-quantitativa, foram identificadas algumas fragilidades do Programa, entre elas: a falta de articulação efetiva entre o pré-natal e o parto; e escassa realização da consulta de puerpério – que o PHPN recomenda ser realizada até o 42º dia após o nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O ano de 2004 marca a transição do PAISM, que toma nova forma, deixando de ser um programa e tornando-se Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com promoção da saúde, integralidade e enfoques de gênero, raça e etnia como princípios norteadores. Em consonância com o princípio de participação popular, a política apoia a participação do movimento de mulheres nos processos de elaboração, execução e avaliação das propostas (RATTNER, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher surge da percepção de que no Brasil os indicadores epidemiológicos apontam para a interlocução de doenças de países desenvolvidos e as típicas de países em desenvolvimento. Tal cenário reflete em um padrão de morbimortalidade que revela a interlocução dessas doenças, que diferem entre as regiões e classes sociais. A Política surge, então, com o intuito de compreender essa imbricação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher brasileira (BRASIL, 2004).

Além disso, entende que a saúde integral e o bem-estar podem ser garantidos via prestação de atenção humanizada e qualificada, bem como da promoção da saúde,

reconhecimento e respeito aos direitos humanos da mulher. Tal arcabouço é resultado das discriminações, frustrações e violações dos direitos, elementos que muitas vezes emergem nas histórias de mulheres que buscam serviços de saúde, refletindo mal-estar psíquico e físico (BRASIL, 2004).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher destacam-se: controle das patologias mais prevalentes na população feminina; a atenção integral à saúde da mulher é o conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde e são executadas pelo SUS em todos os níveis de atenção à saúde; prestação de assistência à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida; práticas profissionais guiadas pelo princípio da humanização; e estímulo e apoio à participação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004).

Como objetivos gerais elencam-se: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres; contribuir para a redução da morbimortalidade feminina, em especial, as por causas evitáveis; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

No ano de 2003 foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, com intuito de produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar a partir da interlocução entre gestores, trabalhadores e usuários engajados na construção de:

“[...] processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.” (BRASIL, 2013a, p.3).

A tais atores sociais, Vasconcelos, Martins e Machado (2014) acrescentam ainda os movimentos sociais como protagonistas a partir do entendimento da impossibilidade de construção e fortalecimento de política pública sem articulação de vários sujeitos e coletivos. Assim, sustentam a importância do comprometimento dos sujeitos e coletivos com relação ao processo de construção do SUS e de suas políticas na tentativa de produzir formas de enfrentamento e modos de superar obstáculos presentes no processo de mudança e qualificação da atenção e da gestão no SUS a partir do cotidiano dos serviços de saúde, implicando na transformação dos processos de trabalho.

O PNH considera a humanização do parto e do nascimento como um dos campos de análise e de intervenção relevantes para a qualificação de práticas de saúde no SUS. Dessa forma, dedica o 4º volume dos Cadernos HumanizaSUS à temática com o intuito de tornar públicas experiências de apoio à humanização pelo Brasil (BRASIL, 2014).

Em 2009, interlocuções entre as Coordenações de Saúde da Criança, Saúde da Mulher e PNH levaram à elaboração do Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM), que possibilitou mudanças nos processos de trabalho a partir da criação de condições políticas, institucionais e técnicas baseadas na qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, na humanização do cuidado, na garantia de direito dos usuários e na redução das taxas de mortalidade infantil e materna. A meta do PQM era qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais de 16 estados da área de abrangência (Amazônia Legal e Nordeste) (BRASIL, 2014).

O PQM defendia que a efetivação de projetos de defesa da vida e da saúde tanto de mulheres quanto de crianças seria operada via mudanças nas práticas cotidianas de assistência à saúde, atuando nos serviços, junto a trabalhadores, gestores e usuários, construindo-se a gestão e as práticas no coletivo, tal como a PNH defende. As transformações na gestão e na atenção foram propostas pelo PQM com o intuito de enfrentar as altas taxas de mortalidade materna e infantil nas regiões de atuação (VASCONCELOS, MARTINS e MACHADO, 2014)

Baseada na PQM, a Rede Cegonha (RC) surge em 2011 como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada nos períodos do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, além de buscar garantir atenção à criança até os dois anos de idade nos serviços SUS. A transição do PQM para a RC pode ser entendida como uma ampliação territorial deste, uma vez que a RC tem abrangência nacional (BRASIL, 2014).

Se por um lado, a RC dá continuidade às diretrizes propostas pelo PQM como o acolhimento em rede, classificação de risco/vulnerabilidade, cogestão, direito a acompanhante de livre escolha e ambiência, por outro, amplia o leque de questões fundamentais, incluindo a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até dois anos, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil e implantação de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (BRASIL, 2014).

Além de promover assistência humanizada e de qualidade, a RC busca também possibilitar às mulheres experiências seguras e positivas durante a gravidez, o parto e o nascimento. Destaca o parto como função fisiológica e natural e defende a garantia do direito de que a mulher e o(a) companheiro(a) possam vivenciá-lo de forma única (BRASIL, 2011a).

A RC é entendida como uma proposta que enfatiza um fazer humanizado, interdisciplinar e com foco na família em detrimento de uma compreensão biomédica. Além disso é fundamentada na Medicina Baseada em Evidências e numa perspectiva humanizada que reposiciona a mulher como sujeito partícipe da atenção (RATTNER, 2014).

Com relação ao financiamento, ressalta-se que a RC conta com recursos das três esferas do governo e prevê variação dos custos de acordo com avaliações realizadas de forma periódica (BRASIL, 2011a). A portaria nº 1.459, que institui a RC remete-se, de forma clara, ao financiamento do pré-natal (exames, ajuda de custo para o deslocamento para o parto e kits para UBS, gestantes e parteiras tradicionais), parto e nascimento (BRASIL, 2011b).

Por ser relativamente nova, poucos são os estudos que remetem-se à avaliação da RC. Martinelli et al. (2014) levaram em consideração a realização dos exames preconizados para avaliar a implementação dessa rede de cuidados, classificando-a como inadequada, visto que menos de 0,5% das mulheres participantes realizou todos os exames previstos.

A atenção humanizada no contexto da assistência obstétrica e neonatal, defendida pela RC, remete-se a um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. É iniciada no pré-natal e estendida até os primeiros anos de vida da criança, com foco em intervenções benéficas e a defesa de que intervenções desnecessárias devem ser evitadas, possibilitando a privacidade e a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo (BRASIL, 2011a).

O documento “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 1996) é baseado em evidências científicas de pesquisas realizadas em diversos países e ancorou a formulação das ações da RC (BRASIL, 2011a). Tal documento categoriza as práticas em:

a) Demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas: respeito às escolhas e individualidade da mulher; fornecimento de informações; acompanhamento do bem estar da mulher durante o trabalho de parto; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; utilização de massagem e técnicas relaxantes para alívio da dor; administração profilática de ocitocina na fase de expulsão da placenta; condições estéreis para cortar o cordão; contato pele a pele entre mãe e bebê e amamentação na primeira hora de vida.

b) Claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas: enema, tricotomia, posições supinas e litotomia, infusão intravenosa, cateterização venosa profilática e revisão uterina manual após o parto como práticas rotineiras; exame retal; pelvimetria por

Raios-X; administração de ocitocina a qualquer momento; manobra Valsalva; massagem e distensão do períneo durante o estágio de expulsão do bebê; e lavagem uterina após o parto.

c) Sem evidências suficientes para apontar uma recomendação clara, devendo ser utilizadas com cautela até o esclarecimento: utilização de ervas, imersão em águas e estimulação de nervos para alívio da dor; amniotomia precoce como rotina; pressão do fundo do útero; uso de ocitocina; tração controlada do cordão; clampeamento precoce do cordão umbilical; e estimulação do mamilo para potencializar a contração uterina.

d) Frequentemente usadas de modo inadequado: restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto; controle da dor por analgesia peridural; monitoramento eletrônico fetal; uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência; exames vaginais frequentes ou repetidos; transferência para outra sala no momento da expulsão do bebê; cateterização da bexiga; rigidez no tempo estabelecido para o estágio de expulsão do bebê; parto operatório; episiotomia de forma liberal e rotineira; e exploração manual do útero após o parto.

Além da OMS e da RC, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada em 1990 com objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, também remete-se à humanização no cuidado. De acordo com a IHAC, cabe à equipe assistencial os papéis de informar, auxiliar e incentivar no que diz respeito à amamentação, a fim de facilitar o processo de empoderamento da mulher via estímulo ao contato pele a pele na primeira hora de vida, visto que encoraja o reconhecimento materno do momento em que o bebê está preparado para mamar. Para isso, é importante a promoção de capacitações a fim de treinar essa equipe (Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 2008). Entendemos as capacitações e treinamentos como elementos necessários mas não suficientes para uma prática humanizada, sendo central, também, uma mudança de postura pessoal e profissional frente a cada mulher, família e bebê.

Além das práticas elencadas, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a) destaca o acompanhante de livre escolha como elemento implicado na implementação de boas práticas baseadas em evidência na atenção ao parto e nascimento. Storti (2004) afirma que a presença de acompanhante é um dos discursos mais fortes relacionados à humanização na assistência ao parto, além de possibilitar novas formas de construção da maternidade e da paternidade. A autora defende ainda a participação de um acompanhante durante o parto como forma de modificação do modelo de parto medicalizado e predominante no século XX.

Dias e Domingues (2005) afirmam que a humanização ao parto e nascimento impulsiona para o debate acerca da cultura e da estrutura hospitalares. Assim, cabe a defesa de práticas profissionais que permitam o respeito aos aspectos fisiológicos do parto, implicando

em redução de intervenções desnecessárias, do poder médico e das medicalizações nos processos de parir e nascer. Além disso, faz-se importante refletir sobre a necessidade de transformar o hospital em um lugar mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas.

De acordo com os autores, o desafio que se impõe aos profissionais de assistência ao parto e nascimento remete-se à redução do sofrimento da mulher, permitindo que o trabalho de parto e o parto sejam experienciados de forma a permitir o crescimento e a realização da parturiente e dos familiares. Isso pode ser dar a partir de uma abordagem que estimule a participação ativa da mulher e do acompanhante e a presença do profissional, além de preconizar o suporte físico e emocional, bem como o uso de técnicas que possibilitem o alívio da dor (DIAS, DOMINGUES, 2005).

3.2 Expectativas de mulheres grávidas com relação ao parto e nascimento

Sales (2000) remete-se à gravidez como uma experiência que traz intensas implicações para a estrutura psíquica da mulher, comparando-a com um “terremoto” no sentido de ser uma experiência desorganizadora mesmo para mulheres que referem “tranquilidade” durante o período. A autora foca nas alterações de ordem orgânica e/ou emocional, como enjôo (de comida e pessoas), dores pelo corpo, disposição à apatia e mudanças no apetite, paladar, sono e sonhos, para justificar a comparação da gravidez com um “terremoto”.

Outro elemento que atravessa a gravidez diz respeito às expectativas com relação ao parto, que é permeado de fantasias e ansiedades frente a um momento muito esperado e imprevisível (LOPES et al., 2005). O terceiro trimestre de gestação é marcado pela ansiedade frente à proximidade do momento do parto, com intensificação dos medos (da dor, de procedimentos obstétricos, das mudanças implicadas pelo nascimento do bebê e da morte) e das dores físicas (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

A potencialização de ansiedades no final da gravidez pode contribuir para o surgimento de outras expectativas negativas com relação ao parto além do medo, como da insegurança relativa à capacidade de parir. Para além da gravidez, na forma de expectativas, o parto permanece no futuro da mulher na forma de lembranças e sentimentos despertados por emoções experienciadas durante o parto (LOPES et al., 2005).

Ferreira et al. (2013) e Oliveira et al. (2002) afirmam que as expectativas de mulheres grávidas sobre o parto estão em muito relacionadas com a maneira como as informações sobre o parto são disponibilizadas e acessíveis, sendo crucial uma assistência que seja capaz de orientar durante o pré-natal. Oliveira et al. (2002) acreditam que receber orientações detalhadas sobre o parto instrumentaliza a mulher para discutir com a equipe e ser mais participativa durante o pré-natal e o parto.

A negação da informação no pré-natal pode ser percebida como uma forma de violência, uma vez que reflete a percepção de mulher como objeto de atenção e não como sujeito coparticipante do processo, podendo implicar no surgimento de sentimentos (apreensão, desespero e medo) e em dificuldades no momento do nascimento. Assim, percebe-se que o pré-natal não cumpre o papel de atenção integral, uma vez que valoriza o biológico em detrimento das práticas educativas. Apesar disso, o estudo destacou a falta de expectativas com relação aos atendimentos recebidos pelas mulheres, o que pode impedir a luta por uma assistência mais digna (LAMY et al., 2000).

As autoras referem que não é raro perceber a presença de culpa e medo de punição como sentimentos mobilizam o comparecimento das mulheres nas consultas de pré-natal, cabendo uma reflexão sobre a necessidade de transição de algumas práticas profissionais no sentido de trabalhar os sentimentos da maternidade de forma positiva, construtiva e não punitiva (LAMY et al., 2000).

Storti (2004), ao remeter-se à participação em atividades de educação em saúde por parte das gestantes, chama atenção para o grau de escolaridade das mulheres, visto que tal elemento pode relacionar-se com a participação em tais atividades: para a autora, poucos anos de escolaridade pode implicar em distanciamento das mulheres das ações educativas devido à dificuldade de compreender as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Santos et al. (2015) afirmam que as atividades de educação em saúde durante o pré-natal possibilitam esclarecimento e melhoram a qualidade do atendimento, funcionando, ainda, como uma forma de favorecer a autonomia da gestante. As autoras sinalizam para os benefícios das atividades em grupo em detrimento à distribuição de cartazes.

Oliveira et al. (2012) – ao afirmarem que a aprendizagem sobre a gravidez e o parto muitas vezes é feita de forma incorreta, através da internalização de histórias de gravidezes e partos complicados, aumentando as incertezas com relação ao momento do parto – levantam a reflexão sobre a importância de esclarecimentos, também, por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal, de acordo com a compreensão da mulher.

Vieira e Diagostim (1993) afirmam que frente às escassas informações recebidas nas consultas de pré-natal, as gestantes recorrem a outras fontes, como artigos da imprensa popular ou científicos, o que não supre a necessidade de informações por parte dos profissionais que as assistem e têm elementos subjetivos para embasar as orientações.

Desconsiderar tais elementos pode levar a um desconhecimento do próprio corpo durante a gravidez, implicando em insegurança e ansiedade. Além disso, as informações recebidas durante a gestação também repercutirão nas atitudes da mulher durante o parto. Assim, as autoras enfatizam a importância do esclarecimento por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito, entre outros elementos, ao trabalho de parto, à avaliação das contrações, ao parto e ao cuidado do bebê, permitindo, assim, uma participação ativa da mulher no próprio parto (OLIVEIRA et al., 2012).

Com relação aos esclarecimentos durante a gestação, Morgado et al. (2010) ao estudarem mulheres que participaram e que não participaram de aulas de preparação para o parto afirmam que a participação nessas aulas constitui poderosa ferramenta para que as mulheres sintam-se mais confiantes no conhecimento de procedimentos relacionados ao trabalho de parto e parto, principalmente a partir do treinamento de técnicas de respiração e relaxamento.

Além disso, na comparação, as participantes de aulas de preparação demonstram menos preocupação com a saúde e com possíveis consequências adversas do parto, bem como esperam menos dor no pós-parto. Melchiori et al. (2009) também sugerem os cursos preparatórios como importantes no compartilhamento de angústias e temores relacionados ao parto, implicando na redução de tais sentimentos, além de segurança e confiança para o parto.

Em estudo realizado com 292 puérperas a fim de verificar os resultados da Política de Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento na cidade do Rio de Janeiro, Boaretto (2003) traz os grupos educativos e de apoio como importantes ferramentas na aquisição de informações, destacando, para além de tal benefício, a troca de experiências, a redução de ansiedades, medos e tabus relacionados ao parto, a melhora nos relacionamentos familiares e na auto-estima e confiança, além de ser um espaço que possibilita explorar questões relacionadas à sexualidade e à amamentação.

Outra conclusão à qual Melchiori et al. (2009) chegaram remete-se à expectativa de capacidade tanto para amamentar (inclusive logo após o parto) quanto para cuidar do bebê após o parto. As orientações recebidas nas aulas de preparação mostram efeito positivo nesses dois elementos relacionados às possibilidades maternas junto ao filho, permitindo, assim, poder

ressaltar os cursos de preparação para o parto como instrumento que permite mais segurança e confiança nas funções maternas.

Ainda remetendo-se aos esclarecimentos durante o pré-natal, enfatiza-se o plano de parto como recurso potente de educação em saúde e de construção das expectativas das gestantes, apesar de pouco conhecido e utilizado (DIAS, DOMINGUES, 2005; OLIVEIRA et al., 2002). A tais benefícios, acrescenta-se ainda tal instrumento como possibilitando uma participação mais ativa da mulher na gravidez e no parto (BRASIL, 2014).

Dias e Deslandes (2006) remetem-se ao plano de parto como uma forma de discutir com os profissionais a maneira como as gestantes desejam parir. No entanto, os autores afirmam que a construção do plano de parto não é uma realidade das mulheres que pertencem a camadas mais populares, sinalizando para a importância de uma política de humanização de assistência ao parto e nascimento que seja capaz de atingir essas mulheres e garantir a ampliação de direitos a serviços de saúde.

Sarmiento e Setúbal (2003) levantam a importância do pré-natal como um instrumento também de informação que antecipa elementos relacionados ao parto, como contração, dilatação, perda do tampão mucoso e rompimento da bolsa. Atentam ainda para a forma como tais informações são passadas (sugerem que sejam dadas de forma simples e clara), sendo importante observar, ainda, como cada mulher recebe tais informações. Conhecer os possíveis procedimentos pelos quais passará é uma forma de diminuir expectativas negativas para o momento do parto.

De forma semelhante, Hotimsky et al. (2002) percebem que deve-se extrapolar a importância das orientações, sugerindo que a elas seja agregada uma escuta clínica por parte do profissional no sentido de acolher a gestante, também, nas dúvidas trazidas, reconhecendo-a como sujeito e propondo-se a dialogar com a usuária do serviço.

Tal atitude é capaz de diminuir, ainda, a hierarquia cristalizada nos serviços de saúde, fortalecendo a relação médico-paciente e reduzindo o medo que Ferreira et al. (2013) trazem como sentimento prévio ao parto e justificado pela falta de diálogo entre a gestante e os profissionais. Melchiori et al. (2009) corroboram essas idéias ao apontar para a importância da humanização das maternidades e da assistência nelas prestadas como condição fundamental para minimizar os receios que cercam o momento do parto.

Dias e Deslandes (2006), a partir da análise de entrevistas semi estruturadas realizadas com 22 grávidas, afirmam que a insegurança frente à ingovernabilidade das mulheres sobre o atendimento recebido implica em dificuldade de pensar e viver o parto de forma

prazerosa. A dúvida sobre a existência de vaga, bem como a forma como serão recebidas pela equipe de plantão e o atendimento técnico à mulher e ao bebê tornam-se os focos das expectativas relativas ao momento do parto.

Vieira e Diagostim (1993) acrescentam, ainda, que a participação decisiva dos profissionais de saúde, principalmente do médico, tem influência tão forte no campo da obstetrícia que é capaz de deixar em segundo plano o conjunto de expectativas e emoções da gestante.

Ainda no que tange à relação paciente-profissional e à assistência a ser recebida, a desconfiança sobre a qualidade dos serviços públicos (logo, dos profissionais que ali trabalham) surge através de vivências anteriores e de histórias de suas redes de relações sobre o atendimento recebido em tais serviços e por tais profissionais (DIAS, DESLANDES, 2006; HOTIMSKY, 2002). Às desconfianças, Hotimsky et al. (2002) acrescentam ainda o desrespeito e os conflitos como elementos que marcam a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, destacando quando trata-se de pacientes de camadas socioeconômicas mais desfavorecidas.

Ainda remetendo-se à articulação entre as escassas informações durante o pré-natal e a relação gestante-parturiente, Vieira e Diagostim (1993) afirmam que uma mulher que não recebe orientações claras durante a gestação, chega em trabalho de parto na maternidade com intensas dores, medos, ansiedades e inseguranças, dificultando a relação com o profissional e, conseqüentemente, a vivência do parto.

Algumas formas de driblar tais entraves na relação paciente-profissional e permitir melhores expectativas sobre o tratamento recebido é uma assistência individualizada e com uma visão biopsicossocial (VIEIRA, DIAGOSTIM, 1993). Outra forma de facilitar a relação entre os atores envolvidos na cena do parto é através do acolhimento com escuta atenta e do tratamento respeitoso e educado por parte dos profissionais de saúde, possibilitando uma nova relação paciente-profissional (DIAS, DESLANDES, 2006).

O acolhimento em saúde é entendido como uma postura por parte dos membros da equipe de saúde de escutar os usuários. Ele é estabelecido a partir do momento em que buscam-se relações mais humanizadas, bem como reconhece-se o protagonismo do usuário. O acolhimento é uma potente ferramenta dos trabalhadores que os capacita para uma escuta e o instrumentaliza para mostrarem-se sensíveis às demandas singulares dos usuários que os buscam (BEDIN et al., 2014)

Mehry (1998) afirma que os usuários de saúde, ao buscarem serviços de saúde, buscam espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo. O autor afirma que toda abordagem assistencial na relação usuário-paciente produz processos de relação, de encontros entre pessoas, em que uma atua sobre a outra num jogo de expectativas e produções. Isso possibilita momentos importantes de fala, escuta e interpretações, que implicam na acolhida (ou não) das demandas trazidas para esse encontro. Tais encontros implicam ainda em momentos de cumplicidade, gerando responsabilização dos atores acerca do problema a ser enfrentado. Por fim, o vínculo e a aceitação são resultados da confiança e esperança despertados nesse encontro.

Esses elementos (acolhimento, responsabilização e vínculo) remetem-se às tecnologias leves utilizadas nos serviços de saúde. Recebem tal denominação (leve) por remeterem-se a saberes adquiridos e inscritos nas formas de pensar cada caso de saúde e o modo como se organizarão a atuação singular sobre ele e o demandante (MEHRY, 1998).

Hotimsky et al. (2002), ao pesquisarem através de grupos focais como as representações das gestantes repercutem nas suas expectativas em relação ao parto, apontam que o medo de não encontrar uma vaga no momento do parto figura como elemento que mobiliza angústia nas antecipações da mulher com relação ao parto. Frente a tal situação, Dias e Deslandes (2006) acrescentam que a estratégia utilizada pelas mulheres para evitar a peregrinação por uma vaga na maternidade é “ficar em casa enquanto aguentar”, atitude que pode implicar em riscos para as mulheres e os bebês.

As expectativas de mulheres grávidas acerca da parturição são construídas, principalmente, a partir de relatos de membros da rede de relações e de vivência anterior enquanto grávida e parturiente (FERREIRA et al., 2013; HOTIMSKY et al., 2002; MELCHIORI et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2012). Além disso, porém com menos intensidade, a apropriação do saber médico também comparece nessa construção de expectativas (HOTIMSKY et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2012).

Melchiori et al. (2009) acrescentam ainda as “narrativas midiáticas”, a partir de vídeos, por exemplo, como influenciando nas expectativas acerca do parto. Oliveira et al. (2012) ancoram-se na percepção das mulheres para afirmarem que o conhecimento sobre o parto é insuficiente, refletindo uma necessidade de melhores esclarecimentos durante o pré-natal.

Assim, as expectativas das mulheres grávidas, que refletem os próprios desejos, são de: acolhimento; esclarecimento de dúvidas durante o pré-natal; obtenção de vaga para o parto;

respeito; espaço para a dor, a vulnerabilidade e expressão de sentimentos (muitas vezes pelo grito); acesso à tecnologia quando necessária; ser reconhecida como sujeito de vontades, desejos e necessidades; e encontrar nos profissionais pessoas com quem possam compartilhar os medos alegrias e prazeres da gestação e parto (HOTIMSKY et al., 2002).

Monteiro, Gomes e Nakano (2006) estudaram as práticas do contato pele a pele e amamentação com 23 mulheres assistidas em maternidade da periferia de Ribeirão Preto. As autoras observaram o trabalho de parto e parto e entrevistaram as mulheres após o parto para compreender as expectativas que elas tinham com relação ao primeiro momento com o filho e à amamentação. No que diz respeito ao contato inicial com o bebê, as mulheres demonstram o desejo de primeiro contato com o filho após ser higienizado e vestido.

Tornquist (2003), em observação participante do parto de 27 mulheres, afirma que a grande maioria destas afirmou intensa expectativa de amamentar o filho, mostrando-se satisfeitas com a possibilidade de o processo ser iniciado ainda no centro obstétrico.

Dias e Deslandes (2006) optaram por analisar as expectativas de mulheres grávidas no final da gestação por entenderem que esse período é marcado por uma intensificação da sensibilidade da mulher com relação às questões relativas ao nascimento do bebê. No entanto, Lopes et al. (2005) sinalizam um movimento contrário justificando a redução de expectativas com relação ao parto e ao nascimento no último trimestre gestacional como forma de proteção para evitar uma discordância entre o bebê real e o bebê representado pela mulher.

Os autores, ao entrevistarem 28 mulheres primíparas de Porto Alegre acerca das expectativas e experiências com relação ao parto através de entrevistas semi estruturadas afirmaram que apenas uma das entrevistadas demonstrou expectativas positivas, sendo reflexo da confiança depositada no atendimento a ser recebido no momento do parto. De forma geral, o parto é permeado por expectativas negativas e relacionadas ao medo da dor e dos procedimentos obstétricos, bem como pela insegurança quanto ao atendimento e à própria capacidade de parir, além do medo das mudanças implicadas em ter um filho (LOPES et al, 2005).

Oliveira et al. (2012), ao remeterem-se a um “bom resultado” do parto, elencam os seguintes elementos implicados no momento: tranquilidade; isenção de preocupações; de forma normal; sem muita dor; e que o bebê nasça com saúde.

Vieira e Diagostim (1993) afirmam que as mulheres têm nas expectativas a possibilidade de ter um acompanhante no momento do parto, sendo o marido ou a mãe da gestante as duas principais figuras de suporte emocional para esse momento, com a função de

encorajamento ou pela própria presença. Ressalta-se que mesmo reconhecendo o despreparo dos maridos, a maioria das mulheres espera por esse acompanhamento. Já a escolha pela mãe é embasada no fato de ser uma pessoa com mais experiência no parto, agindo como tranquilizadora.

Storti (2004) concorda e refere que a vivência da parturição é uma realidade muito distante dos companheiros, sendo que tais elementos põem a mulher grávida em dúvida quanto à coragem e força de companheiro para se fazerem presentes durante o trabalho de parto e parto.

A expectativa de bem estar e tranquilidade relacionada ao parto envolve o acompanhamento por alguém de livre escolha e do convívio da mulher (geralmente marido ou mãe), além do médico que realizou o pré-natal (FERREIRA et al., 2013; MELCHIORI et al., 2009). Outro elemento que auxilia na construção de expectativas positivas, segundo Melchiori et al. (2009) diz respeito à possibilidade de receber informações sobre a própria saúde e sobre o “sucesso do parto”.

Oliveira et al. (2012) referem que o parto tem o poder de mobilizar intensas sentimentos, como ansiedade, expectativa, medo e excitação. Apesar disso, tais sentimentos funcionam reformulando a identidade da mulher.

Por sua vez, as expectativas negativas dizem respeito principalmente ao medo e à preocupação do não reconhecimento do momento do parto e consequente incapacidade de saber quando procurar o médico, da dor, de não conseguir controlar o parto, da incapacidade de parir, de morrer (LOPES et al., 2005; SARMENTO; SETÚBAL, 2003), de problemas com a saúde do bebê, (FERREIRA et al., 2013; LOPES et al., 2005), de nascimento prematuro (LOPES et al., 2005) e de ser dilacerada (SARMENTO; SETÚBAL, 2003). Lopes et al. (2005) afirmam ainda que a insegurança quanto ao atendimento recebido também antecipa o momento do parto na forma de expectativas.

Lopes et al. (2005) sugerem que a proximidade do momento do parto, principalmente a partir do 3º trimestre de gestação (momento em que são antecipadas as mudanças na rotina frente à chegada do bebê), é marcada por uma intensificação dos sentimentos acima descritos. Tal elemento pode contribuir para a formulação de expectativas negativas com relação ao momento do parto.

Dias e Deslandes (2006) remetem-se ao atendimento em hospital público como implicando em redução de expectativas positivas quanto a um atendimento individualizado e atencioso à mulher e ao bebê no momento do parto e nascimento. Os autores referem ainda uma

redução nas exigências ao que é considerado uma assistência de qualidade no momento do parto quando este é realizado em maternidades públicas

A intensidade da dor no trabalho de parto e parto figura como uma das poucas certezas com relação a esses momentos. Oliveira et al. (2012) afirmam que a mulher grávida pode não saber o sexo e a cor dos olhos ou do cabelo do seu filho, mas a dor é algo que está presente nas expectativas da gestante. Frente a tal certeza, é importante uma postura de apoio e confiança por parte dos profissionais, possibilitando o fortalecimento da percepção da mulher enquanto capaz de sustentar essa dor e atuar de forma eficaz no seu trabalho de parto e parto.

Por estar presente no discurso das mulheres o medo da dor do parto, é importante oferecer métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio das dores. Quanto aos segundos (não farmacológicos), destacam-se as massagens, hidroterapia e técnicas de respiração. Apesar disso, a maioria das mulheres faz uso de drogas analgésicas para o alívio da dor no trabalho de parto (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Oliveira et al. (2012) referem que, com relação às expectativas negativas, a que comparece de forma mais intensa nas mulheres é o temor pela incapacidade de identificar o momento certo de ir para a maternidade e, como consequência, prejudicar o filho. Tal expectativa mobiliza, além do temor, intensas angústias relacionados ao parto. De acordo com as autoras, mulheres primigestas referem como sinais indicativos do trabalho de parto a perda de líquido e a rotura da bolsa, bem como cólicas e contrações. Ressalta-se que tais sinais encontram-se, muitas vezes, associados.

O parto normal ou vaginal comparece na literatura como a expectativa da maioria das gestantes (MELCHIORI et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2002; OLIVEIRA et al, 2012; TEDESCO et al., 2004; VIEIRA e DIAGOSTIM, 1993). Melchiori et al. (2009) referem que tal achado sinaliza para a concepção de que, apesar das elevadas taxas de cesariana, o parto normal ainda comparece nas representações culturais que cercam o nascimento. Vieira e Diagostim (1993) referem que a expectativa de presença de dor durante o parto normal também atua como forma de realização enquanto mãe e mulher. A cesariana é percebida pelas mulheres como um impedimento de vivenciar de forma plena e ativa a sua parturição.

A prevalência de expectativa pelo parto normal é justificada pelos seguintes elementos: recuperação pós-parto mais rápida (HOTIMSKY et al., 2002; MANDARINO et al., 2009; MELCHIORI et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2002; VIEIRA, DIAGOSTIM, 1993); dor limitada ao momento do parto (MELCHIORI et al., 2009; VIEIRA, DIAGOSTIM, 1993); menor intervenção, com participação mais ativa da mulher (VIEIRA, DIAGOSTIM, 1993);

experiências anteriores de partos normais avaliadas de forma satisfatória (HOTIMSKY et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2002); medo do parto cirúrgico e suas possíveis sequelas (hemorragia, infecção, dor e demora na cicatrização), refletindo conhecimento do parto normal como fisiológico (HOTIMSKY et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2002; VIEIRA e DIAGOSTIM, 1993); aspectos relacionados à sexualidade e à imagem corporal, com importante peso atribuído à opinião do companheiro (VIEIRA e DIAGOSTIM, 1993); melhor para a mãe e/ou o bebê; e facilitação do contato da mãe com o bebê (MELCHIORI et al., 2009).

Em estudo comparativo realizado em uma maternidade pública e outra privada em São Luís, Maranhão, Mandarin et al. (2009) referiram que a maioria das mulheres assistida na maternidade pública durante o pré-natal relatou preferência pelo parto normal. Por sua vez, a maioria das mulheres assistidas na maternidade privada tinha preferência pela cesariana. Após o parto, os autores perceberam que a cesariana foi o tipo de parto de 46% das mulheres assistidas na maternidade pública e 97,8% na maternidade privada.

A escolha pelo parto normal não exclui das expectativas o temor ou receio com relação ao momento do parto (FERREIRA et al., 2013; MELCHIORI et al., 2009). Tais sentimentos surgem a partir da antecipação: da dor e do sofrimento; da possibilidade de acontecer algo consigo e/ou com o bebê; baseada em algo inexplicável no momento da entrevista, realizada com 40 primigestas (MELCHIORI et al., 2009).

O parto normal como permeado de dor e sofrimento é trazido por Vieira e Diagostim (1993) como percepção estabelecida por padrões culturais, passados de geração em geração, que representam o parto como uma provação dolorosa e desagradável.

Tornquist (2003) afirma que a escolha pelo parto normal nem sempre corresponde a uma experiência possível para a mulher, que, quando em função de complicações de ordens diversas, percebe-se diante da urgência de uma cirurgia cesárea, implicando em sentimentos de frustração e incapacidade mobilizados às mulheres por elas mesmas ou pelos acompanhantes,

Por sua vez, as expectativas pela cesariana se deram nas seguintes situações: experiência anterior com esse tipo de parto (HOTIMSKY et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2002); no imaginário da cesariana como via de acesso à laqueadura tubária (BARBOSA et al., 2003; FERREIRA et al., 2013; HOTIMSKY et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2002); no medo de abandono pela equipe na sala de parto; devido à idade da mulher (HOTIMSKY et al., 2002); na percepção de que é um parto menos doloroso (MANDARINO et al., 2009; MELCHIORI et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2002); no argumento de que o bebê tinha algum problema (OLIVEIRA

et al., 2002); e na tentativa de manter intactas as regiões da vagina e do períneo (FERREIRA et al., 2013; VIEIRA, DIAGOSTIM, 1993).

O medo e o temor também estão implicados durante a gestação e endereçados ao momento do parto de mulheres que referem preferência pela cesariana. Tais sentimentos estão incluídos como elementos que antecipam o parto e originam-se na dor ou sofrimento, no pensamento de que algo aconteça com a mulher mesma ou com o filho, frente à situação que é desconhecida e a partir da experiência negativa vivenciada por outras mulheres e compartilhada com a gestante (MELCHIORI et al., 2009).

As autoras destacam ainda que a escolha do tipo de parto, seja normal, seja cirúrgico, revela crenças que denotam afastamento da dor ou maneira de evitar sofrimento momentâneo ou pós-parto. Além de tal elemento, destaca-se também o temporal, em que a preferência da mulher com relação ao tipo de parto reflete um desejo de que seja, além de sem dor, da maneira mais rápida (MELCHIORI et al., 2009).

A experiência do parto anterior como elemento implicado na expectativa futura corrobora dados trazidos por Vieira e Diagostim (1993), que afirmam que a maioria das mulheres apresentam expectativa pelo mesmo tipo de parto já vivenciado quando questionadas sobre suas experiências futuras enquanto puérperas.

Percebe-se, então, a importância de dar voz às mulheres grávidas quanto aos desejos e temores endereçados ao momento do parto e nascimento. Essa escuta, por parte dos profissionais que as assistem durante o pré-natal, é capaz de considerar os desejos da mulher além de reduzir sentimentos que possam servir de entraves tanto na vivência plena da gestação quanto na experiência do parto e nascimento.

3.3 Práticas humanizadas ao parto e nascimento

Como já exposto, o início do século XXI foi marcado por intensas mobilizações iniciadas no século anterior no sentido de garantir atenção humanizada às mulheres e aos bebês. Tais mobilizações culminaram no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2001), na Política Nacional de Humanização (2003), no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (2009) e na Rede Cegonha (2011).

A comparação de múltiparas com relação às outras experiências de parto é apontada por Storti (2004) como a retratação de mudanças positivas no paradigma de assistência ao parto e nascimento. Tais mudanças são reflexo da estrutura física das maternidades, mas também de ações de humanização do parto e nascimento como a presença de acompanhante e a possibilidade de mãe e filho ficarem juntos desde o nascimento do bebê até a alta hospitalar.

Apesar das mudanças na atenção prestada à mulher durante o parto com o objetivo de alcançar uma assistência humanizada, a institucionalização da assistência, a falta tanto de orientação quanto de participação da mulher no seu parto, o reduzido estabelecimento de vínculo com os profissionais que a assistem e a separação da família em um momento em que a mulher muito precisa podem representar um parto experienciado de forma insatisfatória e em um nascimento que pode levar a implicações negativas também para o bebê (STORTI, 2004).

Leal et al. (2014), na pesquisa “Nascer no Brasil”, perceberam que as mulheres brasileiras, independente do grupo socioeconômico ao qual pertencem, estão expostas aos riscos de iatrogenia no parto. Os autores apontam ainda o importante dado de que existem fortes diferenças com relação às boas práticas ao parto e ao nascimento entre as regiões brasileiras, com destaque para a menor prevalência de boas práticas nas regiões Norte e Nordeste brasileira.

Dentre as práticas humanizadas ao parto e ao nascimento, destacam-se a presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós- parto (BRASIL, 2011a) e o contato pele a pele e amamentação como práticas precoces (BRASIL, 2011a; OMS, 1996, 2009; UNICEF, 2008).

3.3.1 Acompanhante de livre escolha

O século XX foi marcado pela hospitalização do parto, o que implicou na ausência de qualquer pessoa que fosse familiar na cena do parto e nascimento. Uma mudança foi percebida no final do referido século, como resultado do ativismo das mulheres e da emergência da medicina baseada em evidências, que passou a documentar os benefícios de saúde e emocionais, além da alta satisfação da mulher com a presença e apoio contínuo de um acompanhante durante o seu parto (DINIZ et al., 2014).

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, decretada e sancionada pelo vice-presidente da república, alterou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 a fim de “[...] garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde”. A alteração remete-se ao Capítulo VII da Lei nº 8080,

que passa a obrigar os serviços de saúde a permitir a presença de um acompanhante indicado pela parturiente (BRASIL, 2005).

A pesquisa nacional de base hospitalar “Nascer no Brasil”, que incluiu 23.897 mulheres, trouxe o dado que a presença do acompanhante para a maioria das parturientes se deu em apenas alguns momentos da assistência ao parto. Tal pesquisa sinalizou ainda que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante em nenhum momento do parto, comparecendo como justificativa principal o não cumprimento da legislação por parte da instituição. De acordo com os hospitais, a presença do acompanhante se dá em casos específicos como cesárea, gravidez na adolescência, mulheres que participaram de curso, além de necessidade de pagamento. A ausência do acompanhante foi percebida como mais frequente em maternidades públicas (DINIZ et al., 2014). Aqui vale ressaltar que a referida pesquisa foi realizada entre os anos de 2011 e 2012, momento em que a Lei nº 11.108 já estava em vigor.

Diniz et al. (2014) afirmam que embora o acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto se figure como prática estabelecida pelo Ministério da Saúde, Rede Cegonha e legislação brasileira, muitas vezes esse direito não é assegurado à mulher devido à falta de conhecimento, o que entrava o ritmo e o contexto de implementação de tal prática humanizada. Os autores referem que de todas as mulheres que não tiveram acompanhante, apenas 5,7% delas afirmaram ter sido uma decisão própria a ausência de acompanhante. Tal resultado sinaliza para escassas informações recebidas no pré-natal sobre o acompanhante como direito da parturiente.

Além das justificativas relacionadas ao impedimento institucional, Diniz et al. (2014) referem que a ausência de uma figura que pudesse acompanhar o parto também emergiu nos relatos das mulheres, refletindo uma reduzida rede de suporte social ou o momento do parto como inesperado (a mulher que chega ao hospital para consulta de pré-natal mas é internada com indicação imediata de cesariana).

De forma semelhante, Oliveira et al. (2011), em estudo qualitativo realizado com 14 puérperas na cidade de Fortaleza, referem que a ausência de acompanhante se deu devido à impossibilidade de comparecimento de algum conhecido no hospital. Tal ausência é marcada pela necessidade de que as pessoas mais próximas estejam cuidando de outros filhos da mulher ou trabalhando.

Storti (2004), em pesquisa qualitativa realizada com onze casais cujos bebês nasceram em hospital público na cidade de Ilhabela (SP), remete-se ao acompanhante como uma “estratégia para a humanização do parto”. A autora entrevistou casais em situações em que

o acompanhante (pai do bebê e/ou companheiro) esteve presente no momento do parto. Para as participantes, o acompanhante representa a figura de alguém de confiança, que proporcione segurança e conforto, além da possibilidade de compartilhar a experiência do parto. Dividir a experiência de dor e sofrimento do parto também é trazido por Oliveira et al. (2011) como uma necessidade da mulher durante o processo.

A escolha pela presença do pai do bebê e/ou companheiro reflete tanto a expectativa de confiança e tranquilidade a serem transmitidas durante a parturição quanto é justificada pela relação familiar e fortalecimento do vínculo entre o pai e o filho (STORTI, 2004). Diniz et al. (2014) concordam que o pai do bebê é a figura que costuma estar presente enquanto acompanhante durante o parto. A mãe da parturiente comparece como a segunda figura em termos quantitativos que acompanhou a mulher nas fases de assistência ao parto. Por último, irmãos ou amigos também são citados como possíveis acompanhantes. A presença de doula foi identificada em um número irrisório de mulheres (24 das 23.879 participantes do estudo).

Tornquist (2003) percebe uma distinção quanto ao acompanhante escolhido entre a mulher de classe média e a mulher de classe popular: a primeira costuma escolher o marido e a segunda, prefere uma figura do sexo feminino. Tal distinção denota a presença de questões sociais e de gênero implicadas no processo de escolha.

Storti (2004) percebeu que a função do acompanhante se remete a um apoio que é físico (presença, segurar a mão, proteção), emocional (compartilhar o momento, trocas afetivas, “dar força”, acalmar) e às necessidades imediatas (levar água). Tal apoio permite a colaboração do acompanhante no processo de parturição e aproxima o parto de uma experiência positiva para a mulher, além de possibilitar um nascimento tranquilo e saudável para o bebê.

D'Orsi et al. (2014), com dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, enfatizam que o acompanhante funciona como uma figura que possibilita redução da vulnerabilidade à violência (física, verbal ou psicológica) na cena de parto, bem como potencializa a participação nas decisões por parte das mulheres com relação ao trabalho de parto e parto. Mulheres acompanhadas têm, ainda, menor tempo de espera no atendimento, tratamento mais respeitoso por parte da equipe, mais privacidade e maior clareza nas explicações. Dessa forma, as autoras afirmam ter acompanhante comparece como fator que implica em maior satisfação da mulher com relação ao próprio parto.

No que tange à relação com a equipe, Oliveira et al. (2011) afirmam que o papel do acompanhante é destacado por possibilitar uma comunicação com a equipe e desconstruir a “cultura do silêncio” presente no processo de parturição. Além de facilitar a comunicação por

possibilitar uma liberdade de expressão da parturiente, o acompanhante comparece como figura que facilita os vínculos com a equipe.

Oliveira et al. (2011), remetem-se ao apoio, confiança, atenção, segurança, conversas para evitar o medo e explicação sobre eventos desconhecidos pela mulher como as principais atividades desempenhadas por acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. O cuidado por parte dos acompanhantes também figura como garantia de conforto às mulheres durante o parto, além de minimizar sentimentos de solidão. Os autores frisam, ainda, que o papel do acompanhante não se restringe à preocupação com a parturiente, mas também com o bebê.

O acompanhante como alguém capaz de evitar a solidão da parturiente durante a hospitalização também é um elemento trazido por Storti (2004). Ressalta-se que o sentimento de solidão pode acentuar a ansiedade no momento do parto. Nessa perspectiva, na hipótese de os profissionais precisarem se ausentar, o acompanhante atua como “substituição” à equipe, levando à reflexão da escassez de recursos humanos e/ou aumento da demanda acolhida na maternidade.

Se num passado a presença de um acompanhante leigo era percebida com reserva pela equipe, atualmente é vista de forma positiva e incentivada por ser uma figura de suporte emocional e apoio no trabalho de parto assumindo, inclusive, tarefas que poderiam recair sobre a equipe, como massagens, banhos e orientações de respiração. A participação do acompanhante é ativa também nos cuidados iniciais com o bebê e no auxílio na primeira amamentação (TORNQUIST, 2003).

Diniz et al. (2014) afirmam que a maioria das mulheres entende a presença de acompanhante como “útil” ou “muito útil” no sentido de vivenciar o parto de forma mais calma e positiva.

Storti (2004) identificou, que a presença do acompanhante se fez em todos os partos normais, ao passo que na cirurgia cesárea, o acompanhamento foi interrompido na transferência da parturiente para o centro cirúrgico devido normas institucionais. Dessa forma, percebe-se que o parto normal possibilitou a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto. De forma diferente, a cesariana permitiu o acompanhamento apenas durante o trabalho de parto. D’Orsi et al. (2014) referiram que das mulheres submetidas à cesariana (mais da metade do total da amostra estudada), menos de 20% tiveram acompanhamento durante toda a internação.

Boaretto (2003) remete-se a dado semelhante, ao afirmar que a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto se dá com mais frequência nos partos normais

que nos cirúrgicos. Apesar dos achados da autora, mesmo os partos normais representam ainda índices baixos (39,9%) de presença de acompanhante.

Storti (2004) enfatiza que a presença de acompanhante de livre escolha como sendo uma possibilidade relacionada ao parto normal em específico, potencializa a ansiedade por parte do casal de que o parto seja dessa forma. Para os sujeitos que participaram da pesquisa da autora, a “sala de cirurgia” se configura como um entrave para a participação do acompanhante durante o parto.

De forma diferente, Diniz et al. (2014) afirmam que na cesariana, por ser “um parto ordenado e desgenitalizado”, identifica-se de forma mais frequente a presença de acompanhante, pois as noções de vergonha e decência são prevenidas. No parto vaginal, principalmente quando o acompanhante é do sexo masculino, restringe-se a ele a quietude e a permanência próxima à cabeça da mulher, sendo inclusive orientado a não ver a distensão da vagina, o parto e as suturas (tais orientações compõem como forma de evitar o desinteresse sexual pela mulher).

Os autores levantam a discussão da forma de pagamento como implicada na presença de acompanhante ao afirmam que na rede pública, 29,5% das mulheres não foram acompanhadas em nenhum momento do parto, enquanto essa ausência na rede particular se deu em 4,7% das mulheres do estudo. Mulheres com rendimentos mais baixos, menor escolaridade, pretas ou pardas tiveram menos acompanhamento durante a assistência ao parto. Ainda de acordo com os autores, nas maternidades creditadas na Iniciativa Hospital Amigo da Criança percebeu-se a presença contínua do acompanhante de forma mais efetiva (DINIZ et al., 2014).

Storti (2004) afirma que apesar de reconhecerem o importante papel do companheiro e/ou pai do bebê como acompanhante no trabalho de parto e parto, as mulheres põem em dúvida a coragem e a força de uma figura do sexo masculino no cenário de parto e nascimento. Nervosismo, medo de sangue e susto são algumas suposições endereçadas aos companheiros por parte das puérperas quando do momento do parto.

Tornquist (2003) refere que tal percepção também emerge dos próprios pais dos bebês, que afirmam não ter “estômago” para o que acontece no hospital, bem como não suportam ver dor e sangue, admitindo a presença de medo e nervosismo frente à vivência hospitalar. Isso reflete que assuntos relacionados a gravidez, parto e bebês são elementos que fazem parte do mundo das mulheres. Dessa forma, os companheiros mobilizam plena confiança para a equipe assistencial.

Essas mulheres não costumam esperar a presença dos companheiros durante o parto por perceberem que estes não aguentam a posição de acompanhantes. Porém a cobrança da equipe pela presença do pai dos bebês é percebida com estranheza por parte dessas parturientes (TORNQUIST, 2003).

A presença de um acompanhante de livre escolha permite o respeito às vivências emocionais e o compartilhamento de emoções envolvidas no parto e nascimento. Quando o acompanhante é o pai da criança, esse momento pode representar uma visibilidade ao pai e o sentimento de participação dos processos de gestar e parir. Tais elementos contribuem para a construção de relações mais igualitárias entre mulheres e homens nos exercícios de maternagem e paternagem (STORTI, 2004).

O desejo da parturiente pela presença do companheiro e/ou pai da criança mobiliza um sentimento de importância pelo fato de inspirarem confiança para a mulher. Frente a isso, enquanto acompanhante, sente, ainda, o desejo de retribuir a confiança nele depositada. Essa retribuição se dá na forma de apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto, mesmo com a presença de medos, tensões e ansiedades por parte do acompanhante (STORTI, 2004).

Oliveira et al. (2011) relatam que a escolha do acompanhante tende a ser de um membro da família durante o trabalho de parto e parto. Para os autores, isso reflete que a presença de alguém não apenas conhecido, mas familiar, é levado em consideração no processo de escolha do acompanhante.

No entanto, Storti (2004) levanta a discussão sobre a cena de parto como um local muitas vezes restrito aos profissionais de saúde e aos familiares da parturiente, sendo importante refletir se é possível para algum membro da família se fazer presente no parto, bem como sobre a preferência da mulher com relação ao acompanhante. Frente a tais elementos, deve caber à mulher a responsabilidade de escolher alguém de sua confiança para acompanhar o seu parto e o nascimento de seu bebê.

Nesse processo de escolha, Tornquist (2003) refere que são valorizados dois elementos principais: o gênero e a experiência. Assim, a escolha da mulher pelo acompanhante costuma tender para mulheres que já tiveram filhos, sendo tal vivência anterior invocada e respeitada na hora do trabalho de parto e parto.

Oliveira et al. (2011) perceberam que a grande maioria de acompanhantes durante o parto e trabalho de parto representaram figuras femininas e afirmam que isso se dá pela condição essencialmente feminina do evento de parturição.

Diniz et al. (2014), ao buscar em prontuários dados relativos à presença do acompanhante junto à parturiente, afirmam que é dada pouca importância a essa prática, visto que não contam dados quanto ao acompanhante na maioria dos prontuários de mulheres que deram à luz. Tal elemento reflete, ainda, uma falta de responsabilização dos serviços e dos profissionais que deles fazem parte no sentido de informar se a lei do acompanhante está sendo seguida.

3.3.2 Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida

O estímulo ao contato pele a pele entre a díade mãe-bebê, bem como a amamentação correspondem ao 4º de dez passos das recomendações da UNICEF (2008) e da OMS (2009) que embasam as práticas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada em 1990 com objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. De acordo com a IHAC, oferecer ajuda às mães para o início da amamentação de forma precoce através do estímulo ao contato pele a pele na primeira hora de vida encoraja o reconhecimento materno do momento em que o bebê está preparado para mamar. Assim, percebe-se a tentativa de empoderamento da mulher enquanto mãe, enquanto partícipe desse momento junto ao bebê.

O Ministério da Saúde (MS) elenca os seguintes elementos para estimular o contato pele a pele até uma hora após o nascimento: a redução de risco de hipotermia do RN e o início da amamentação. Assim, defende que os cuidados de rotina na sala de parto só sejam realizados após garantir ao bebê, à sua mãe e a seu pai um encontro seguro e protegido (BRASIL, 2014; CHAPARRO; LUTTER, 2007).

Com base em Spitz (2013), pode-se pressupor que a presença e ações maternas (contato pele a pele) implicam em respostas do bebê (amamentação). O autor enfatiza ainda que o diálogo ou relação mãe-filho permite que o bebê transforme, de forma gradual, estímulos sem significados em elementos significativos. Percebe-se, então, que as práticas do contato pele a pele e da amamentação podem ser percebidas como fatores protetores, visto que possibilitam a emergência de afetos.

Nos anos 80 do século XX, a literatura passou a enfatizar a importância de dar ao bebê e aos pais um tempo íntimo em conjunto a fim de permitir que a vinculação tenha lugar no momento do parto. É recomendado ainda que o bebê possa nascer sem medicação para que esteja desperto e possa reagir, bem como que a mãe esteja acordada para vê-lo, tocá-lo e amamentá-lo (BRAZELTON, 1992).

No Brasil, a média de realização de contato pele a pele na primeira hora de vida é de 28%; por sua vez, a média de amamentação na primeira hora de vida é de 43%. No entanto, a realização de ambas as práticas varia de acordo com a região. Na realidade nordestina, foi estimado que 28,8% das díades mãe-bebê realizam contato pele a pele logo após o parto e nascimento. A amamentação ainda na sala de parto apresenta percentual ainda menor, de 11,5%, sendo a menor frequência entre as regiões brasileiras. A amamentação na primeira hora de vida no Nordeste também figurou como pior percentual no Brasil, alcançando 41,3% (MOREIRA et al., 2014).

Pasche, Vilela e Martins (2010) apontam que apesar do embasamento científico que ancora o conjunto de boas práticas de atenção à assistência ao parto e ao nascimento, bem como da divulgação das mesmas no meio acadêmico, são poucas as instituições que, de fato, respeitam e implementam tais práticas no bojo de seus serviços. Muitos centros permanecem, então, com o ensino de um fazer obsoleto e prejudicial à evolução do parto e do nascimento. Tal movimento reflete uma forma de resistência ao que já é aceito como seguro, benéfico e protetor tanto para as mulheres quanto para os bebês. Assim, percebe-se um forte caráter de instituições “impermeáveis à mudança”, com forte dificuldade na flexibilização nos modelos de organizar e permitir a circulação do poder.

Tal percepção é compartilhada por Boaretto (2003), que afirma que a presença de normas e rotinas institucionais obstruem a interação espontânea entre mulher e bebê. Na pesquisa da autora, menos da metade das puérperas não vivenciou contato pele a pele imediatamente após o parto. O contato breve após o nascimento do bebê e o encontro sendo precedido por procedimentos de limpeza do bebê também compareceram nas experiências tidas pelas mulheres.

No que diz respeito à amamentação imediatamente após o nascimento, a autora identificou que apenas 37% das mulheres foram orientadas para tal prática ainda na sala de parto e a realizaram. Dessa forma, considera-se que ambas as práticas são pouco implementadas nos serviços de saúde (BOARETTO, 2003).

Em estudo realizado no Espírito Santo, Martinelli et al. (2014) levaram em consideração a realização dos exames preconizados pela RC para avaliar a implementação dessa rede de cuidados e classificaram-na como inadequada, visto que menos de 0,5% da amostra realizou todos os exames previstos.

É importante destacar o papel dos profissionais envolvidos no pré-natal no sentido de esclarecer as mulheres quanto ao puerpério e aos primeiros contatos com o bebê após o parto.

Lamy et al. (2000), em pesquisa realizada com 32 mulheres no município de São Luís, remeteram-se à falta de informações ou à inadequação no recebimento das mesmas. Com relação ao contato com o bebê na sala de parto, os discursos maternos, em sua maioria, evidenciaram a ausência de tal experiência, não cabendo a justificativa de problemas no nascimento, visto que todos os bebês da pesquisa foram para o alojamento conjunto

Acerca do contato pele a pele, Matos et al. (2010), em pesquisa realizada em Santa Catarina através de entrevistas e observações, perceberam que a minoria das mulheres participantes do estudo recebeu orientações ainda no pré-natal acerca do contato pele a pele precoce. A pesquisa elenca a rede de suporte sociofamiliar e os grupos de gestantes como espaços importantes de compartilhamento de informações relativas a tal prática. As autoras apontam ainda o centro obstétrico como outro espaço de acesso a informações acerca do contato pele a pele imediatamente após o nascimento.

A pesquisa foi realizada com nove díades mãe-bebê, sendo que em quatro delas o contato não foi imediato devido necessidade de atendimento ao RN, segundo a equipe de assistência, apesar de o índice de Apgar ter sido superior a sete no primeiro minuto e acima de oito no quinto minuto em todos os nascimentos (MATOS et al., 2010).

Ressalta-se que em todas as díades o tempo mínimo preconizado pela OMS e UNICEF (uma hora) não foi atingido e os motivos alegados foram: pedido da mãe ou solicitação da equipe assistencial para iniciar os cuidados técnicos ao bebê, denotando ansiedade e pressa, em especial em finais de turno ou em momentos de sobrecarga de trabalho no setor. Os discursos maternos refletiram o contato pele a pele precoce como um momento natural, permeado por felicidade, alívio e força (MATOS et al., 2010).

Monteiro, Gomes e Nakano (2006) perceberam que o contato pele a pele na primeira hora de vida foi possível para 82% das díades mãe-bebê. As demais mulheres viveram a experiência de ter o filho nos braços, porém com camisola ou lençol. Por sua vez mamar na primeira hora de vida foi possível para 52% dos bebês.

As autoras referem um tempo médio de 12 minutos de contato pele a pele. Perceberam no discurso de algumas mulheres ambivalência quanto à permanência junto ao filho: por um lado havia vontade de estar junto ao bebê mas por outro as fortes dores e o cansaço colocaram esse contato como uma possibilidade para um momento depois. Por sua vez, outras das mulheres afirmaram colocar dores, sofrimento e cansaço num segundo plano, enfatizando o contato com o filho imediatamente após o parto (MONTEIRO; GOMES, NAKANO, 2006).

D'Artibale e Bercini (2014), em pesquisa realizada com 16 puérperas no Paraná a partir de observações e entrevistas, identificaram a cesariana como implicando em adiamento do contato pele a pele e da primeira mamada. As autoras apontam que, na maioria dos casos, as práticas elencadas foram realizadas após os cuidados da equipe assistencial e com o bebê envolto por panos. Revelam ainda a dificuldade por parte das mulheres em expressar verbalmente o vivido logo após o parto e o nascimento, bem como o despreparo por parte das mesmas para usufruir com plenitude do momento, podendo ser um efeito das escassas orientações recebidas no pré-natal acerca das práticas logo após o parto e o nascimento.

Os resultados da pesquisa apontam ainda que a aproximação da díade mãe-bebê imediatamente após o nascimento é positiva, visto que as puérperas descrevem este momento como uma experiência única, despertando sentimentos, sensações e significados favoráveis ao vínculo mãe-bebê, bem como estimulando o início da amamentação. As autoras acreditam que os significados e as vivências atribuídos ao contato pele a pele e à amamentação enquanto práticas precoces estão relacionados às características sociodemográficas e obstétricas, às práticas profissionais, às ações educativas prestadas nos momentos do pré-natal e durante a internação para o parto, ao conhecimento da mulher sobre as práticas estudadas, às relações interpessoais, à busca de conhecimento sobre os temas e às condições físicas e emocionais da mulher (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014).

Em pesquisa qualitativa realizada por Santos et al. (2014) no interior da Bahia, os autores perceberam que as práticas contato pele a pele e amamentação imediatamente após o parto ocorrem de forma mecânica, como forma de seguir um protocolo estabelecido e com destaque apenas para o contato pele a pele. Os discursos das mulheres remeteram-se a pouca preocupação por parte da equipe assistencial com práticas que pudessem facilitar o primeiro contato entre a mãe e o bebê, como um ambiente tranquilo, o posicionamento da mãe e a autonomia para consentir a realização do contato com o filho, bem como o tempo livre para o primeiro contato, visto que se percebeu ser breve.

De forma semelhante, Monteiro, Gomes e Nakano (2006), referem que apesar de existirem indicações de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, é importante que os profissionais mostrem-se disponíveis para acolher os desejos da mulher.

Santos et al. (2014) afirmam ainda que o contato pele a pele e a amamentação como práticas precoces traduziram-se como momentos únicos e marcantes para as mulheres, sendo possível tanto o conhecimento do filho quanto o acesso a uma experiência nova e gratificante. Frente aos sentimentos aguçados pelo pós-parto imediato, é possível à mãe reconhecer o bebê

enquanto seu, bem como reconhecer a fragilidade do mesmo, potencializando a mobilização para a proteção do filho.

Remetendo-se especificamente à amamentação, o início brusco e repentino dessa prática, sem considerar o desejo materno, pode denotar uma pressão social imposta pelos trabalhadores de saúde, família e sociedade e introjetada pelas mulheres, já que traz o aleitamento como vantajoso para a criança desconsiderando a realidade total da díade. (SANTOS et al., 2014).

Monteiro, Gomes e Nakano (2006) afirmam que o cansaço após o parto exige repouso materno, mas essa mulher, agora nutriz e no papel de “boa mãe”, aceita a amamentação, muitas vezes imposta no ambiente hospitalar. Mesmo percebendo-se como “desajeitadas” e por vezes não estando de acordo para segurar o filho e amamentá-lo, as mulheres aceitam, denotando a passividade frente às atitudes da equipe de saúde com relação aos seus corpos e o sofrimento como um elemento implicado no exercício da maternidade. A postura esperada por parte da equipe é contrária à descrita, no sentido de que ela seja capaz de facilitar a transição pela qual a mulher passa (mulher-mãe-nutriz) e é iniciada no centro obstétrico.

Ainda com relação à amamentação, Tornquist (2003) refere que existem valores centrais que a idealizam como um processo meramente instintivo e biológico, ao que a autora se mostra contrária, enfatizando-o como também social. Afirma ainda que a partir do momento que a amamentação é tomada de forma rígida e como rotina do hospital, deixa de ser um direito da mulher, tomando forma normativa e disciplinadora que pode transformar um gesto aparentemente de humanização em ato de violência simbólica e, no extremo, física.

Em revisão com 34 estudos incluídos, Moore, Anderson e Bergman (2007) identificaram que o contato pele a pele interfere de forma positiva na duração da amamentação. Dezoito dos estudos incluídos nesta revisão trouxeram nos seus resultados que o contato pele a pele entre a díade mãe-bebê foi realizado nos primeiros 15 minutos de vida do RN. Por sua vez, 22 estudos reportaram-se à possibilidade de amamentação durante o contato pele a pele prévio, porém apenas cinco deles afirmaram o sucesso de tal prática de forma precoce.

Lopes et al. (2005), três meses após o parto das mulheres incluídas na pesquisa, realizaram nova entrevista para compreender as experiências do parto (o primeiro momento contou com o levantamento das expectativas com relação a tal momento). Os autores perceberam um equilíbrio entre sentimentos negativos (dor, medo, incapacidade e dificuldade) e positivos (emocionante, calmo e tranquilidade) como vivências endereçadas ao momento parto. No que diz respeito ao primeiro encontro com o bebê, enfatiza-se uma decepção com a

aparência física do RN, que pode refletir uma distância entre o bebê imaginado durante a gestação e o bebê real, que se mostra após o nascimento.

Monteiro, Gomes e Nakano (2006) afirmam, ainda com relação à aparência inicial do bebê, que receber o filho que acabou de nascer pode causar impacto e surpresa na mulher por ser uma realidade carregada de estranhamento (olhar o bebê envolto por sangue, líquido amniótico e secreções), não sendo habitual para a puérpera, levando à percepção de bebê “sujo” e “esquisito”. Essa imagem do filho pode implicar em sentimentos inesperados para a mulher.

Ressalta-se que os estudos qualitativos relativos à amamentação e ao contato pele a pele como práticas precoces e realizadas ainda na sala de parto remetem-se à percepção das mães (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014; MATOS et al., 2010; SANTOS et al., 2014) e às práticas dos profissionais (SCOCHI et al., 2003).

A proposta do estudo mostra-se nova no sentido de compreender o que existe entre as expectativas e as experiências em relação ao parto e nascimento, possibilitando buscar estratégias facilitadoras de assistência ao pré-natal, parto e nascimento levando-se em consideração práticas asseguradas pela RC e o protagonismo da díade mãe-bebê no processo.

Apesar das evidências apontadas, a literatura afirma que existem dificuldades na efetivação das boas práticas ao parto e nascimento, enfatizando-se nessa pesquisa o contato pele a pele e a amamentação. Podem-se citar como entraves nesse processo, os seguintes: falta de preparo por parte dos profissionais para ofertar cuidado humanizado e de qualidade à mulher e ao bebê (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011); resistência no meio acadêmico em implementá-las nos serviços (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010); e fatores institucionais (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Foi realizada pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2013), é utilizada no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Caracteriza-se por permitir o desvelamento de processos sociais ainda pouco conhecidos sobre grupos particulares. Assim, percebe-se que o método qualitativo possibilita que aspectos subjetivos da realidade social sejam captados.

Gomes (2014) acrescenta que a pesquisa qualitativa possibilita a orientação do estudo de forma a dar voz aos atores sociais que dela participam, considerando as informações por eles trazidos. Outra característica desse tipo de pesquisa diz respeito à sua ação flexível e interativa, comprometida com o processo da própria pesquisa.

4.2 Local do estudo

O local de estudo foi a Unidade Materno Infantil (UMI) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). O HUUFMA conta com 500 leitos dos quais 213 estão na UMI que, além desses, conta com 10 leitos de UTI Pediátrica e 38 leitos de Unidade Neonatal (BRASIL, 2013b). Por ser um hospital de ensino, é cenário de práticas para diversos cursos da área da saúde, além de oferecer programas de residência médica, de enfermagem e multiprofissional.

A UMI do HUUFMA é maternidade de referência para a mulher e a criança, Centro Nacional de Referência para a Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru, Hospital Amigo da Criança e Centro de Apoio para as boas práticas de parto e nascimento da Rede Cegonha. Essas características justificam a sua escolha, considerando-se que a pesquisa visa estudar práticas asseguradas pela Rede Cegonha.

Durante a pesquisa foi necessário e possível ter acesso principalmente a três setores do hospital: Ambulatório de pré-natal, para realização de entrevistas relativas às expectativas com relação ao parto; Centro Obstétrico, para realizar as observações participantes; e

Alojamento Conjunto, para as entrevistas com as puérperas visando compreender as experiências relacionadas ao parto e nascimento.

4.3 Participantes e amostra do estudo

Fizeram parte da pesquisa mulheres assistidas no pré-natal, parto e puerpério da UMI do HUUFMA.

Os critérios de inclusão foram:

1. Mulheres em pré-natal de risco habitual
2. Gestantes maiores de 19 anos, considerando que a adolescência, período dos 10 aos 19 anos (OMS, 1986), traz questões particulares;
3. Idade gestacional a partir de 29 semanas determinadas pela ultrassonografia do primeiro trimestre, período no qual a mulher começa a fazer a transição entre o bebê imaginado e o bebê real, passando a pensar no que irá ocorrer no parto e nascimento (BRASIL, 2011a).

Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnósticos de transtornos mentais; diagnóstico intrauterino de malformação ou doenças graves; e mulheres com dificuldade de comunicação.

A amostra do estudo atendeu aos critérios da pesquisa qualitativa, desta forma, não era conhecida a priori e a escolha dos participantes foi intencional (RIBEIRO, 2010). Fontanella et al. (2011) remetem-se ao processo de saturação teórica como técnica para interromper a coleta de dados. Os autores conceituam tal processo como a interrupção do recrutamento de novos sujeitos a partir da constatação de que não emergem novos elementos no discurso dos participantes ou nas observações realizadas.

4.4 Técnicas e Instrumentos do Estudo

As técnicas utilizadas na pesquisa foram entrevistas e observação participante. As entrevistas caracterizaram-se como estruturada e semiestruturada. A entrevista estruturada voltou-se para o levantamento das características sociodemográficas, culturais e obstétricas e foi realizada a partir de um questionário previamente elaborado (Apêndice A). O questionário, segundo Severino (2007) deve contar com questões e respostas objetivas.

A entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2013) é entendida como uma conversa com finalidade que busca fornecer dados acerca do sujeito. Nesta pesquisa foi realizada em dois momentos: a partir da 29ª semana de idade gestacional (levando-se em consideração os critérios de inclusão) e após o nascimento. Tais entrevistas tiveram por objetivo conhecer as expectativas (na gravidez) e as experiências (no puerpério) relativas ao parto e nascimento. Para cada momento foi utilizado um roteiro específico (Apêndice B e Apêndice C). Segundo Minayo (2013), o roteiro deve conter tópicos que funcionam como lembretes e orientam e guiam o andamento da interlocução, permitindo flexibilidade e inclusão de novos temas relevantes trazidos pelo entrevistado.

Nesta pesquisa, utilizou-se gravador de áudio para as entrevistas semiestruturadas a fim de resgatar num momento depois as falas das mulheres para sua transcrição literal.

A observação participante foi realizada em alguns partos de mulheres participantes do estudo, uma vez que nesta pesquisa a técnica de observação teve intuito complementar, com a finalidade de compreender as falas da mulher e as situações vivenciadas no momento do parto.

A observação foi realizada a partir de um roteiro previamente elaborado (Apêndice D) dando enfoque à compreensão do objeto de estudo. Utilizou-se diário de campo para o registro das observações.

Angrosino (2009) considera a observação participante como um modo de pesquisar que possibilita inserir o pesquisador no campo em que está estudando; e uma estratégia que facilita o processo de coleta de dados. Ao remeter-se à postura do pesquisador que utiliza a observação participante, o autor destaca ser importante que este se esforce para ser aceitável como pessoa e não apenas respeitável como cientista. Queiroz et al. (2007) acrescentam que a inserção do pesquisador mobiliza uma constante tensão que pressupõe, de um lado, o risco de identificação total com o objeto, e do outro, o esforço de assegurar objetividade na coleta de dados.

Queiroz et al. (2007) afirmam que o processo de observação participante conta com as seguintes etapas: 1) aproximação com o grupo em estudo, que demanda tempo e habilidades para trabalhar as expectativas dos participantes, bem como para desconstruir bloqueios e desconfianças; 2) esforço por parte do pesquisador em construir uma visão de conjunto do objeto de estudo durante a coleta de dados, com registros no diário de campo; e 3) sistematização e organização dos dados, para que a análise se configure na percepção que o pesquisador possui sobre os elementos observados.

Para Minayo (2013) é importante que a análise da entrevista seja acompanhada por informações advindas da observação participante. A articulação entre tais técnicas permite que a fala, as relações, as práticas, as cumplicidades e as omissões sejam elementos com os quais o investigador possa trabalhar.

4.5 Passos para a coleta de dados

Foram quatro os principais passos desta pesquisa:

1. A primeira etapa foi o recrutamento, em que era realizado o convite para participação após apresentação sucinta da pesquisa. Após aceite, o nome da mulher era cadastrado na pesquisa, além da data dessa conversa inicial, idade gestacional naquela data e telefones de contato. Esse momento inicial também era de escolha se a mulher preferia realizar a próxima etapa naquele encontro ou em outro momento (numa próxima consulta) ou local (no seu domicílio).

2. A segunda etapa remeteu-se ao início do preenchimento das entrevistas estruturadas e as entrevistas semiestruturadas do pré-natal. O critério de saturação teórica foi utilizado nesta fase, para a definição do número de participantes, totalizando 18 mulheres. Dessas, 17 foram entrevistadas na maternidade e uma no próprio domicílio. Nesta etapa eram definidas as estratégias para que as etapas posteriores fossem possíveis. Foi acordada a necessidade de contato telefônico quando do início do trabalho de parto para a realização da observação participante e realização da entrevista semiestruturada de puerpério.

3. A terceira etapa foi a realização da observação participante. Das 18 participantes, 17 autorizaram previamente a presença da pesquisadora no momento do parto, no entanto, no momento do trabalho de parto nem todas conseguiam ligar. Dessa forma, foi possível realizar observação participante de quatro partos.

4. A quarta e última etapa, foi realizar as entrevistas com as mulheres após o parto. Nesse momento era realizada visita no Alojamento Conjunto e respeitada a decisão da mulher de ser entrevistada no hospital ou no domicílio. Foram realizadas 12 entrevistas, sendo nove no hospital (sete no Alojamento Conjunto e duas na consulta de puerpério), duas no domicílio da puérpera e uma em um lugar público escolhido pela mulher.

Vale destacar que o estudo deu seguimento junto às mulheres do estudo: as mulheres entrevistadas no pré-natal eram as mesmas participantes nas fases seguintes (observação do parto e entrevista de puerpério).

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram tratados por meio da Análise de Conteúdo, na modalidade temática, que permite descobrir os núcleos de sentido implicados na comunicação, considerando tanto a presença quanto a frequência como com significado para o estudo do objeto em questão (MINAYO, 2013). De acordo com Bardin (2011), a primeira etapa dessa modalidade é descrita como pré-análise, em que são escolhidos os documentos a serem analisados, formuladas hipóteses e objetivos e elaborados indicadores que fundamentem a interpretação final.

A segunda etapa, de exploração do material, remete-se à aplicação das ideias da fase da pré-análise (BARDIN, 2011). Minayo (2013) afirma que nessa fase, busca-se alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio de categorias, que são expressões significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Por fim, é elencada a etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento em que os resultados são tratados de maneira a tornarem-se significativos para os sujeitos da pesquisa. Minayo (2013) ressalta que nessa fase são propostas inferências, relacionando-as com o levantamento teórico ou produzindo novas dimensões teóricas e interpretativas.

Bardin (2011) elenca a codificação, a categorização e a inferência como procedimentos metodológicos característicos da análise de conteúdo. Para a autora, a codificação é o ato de transformar os dados brutos do texto (via recorte, agregação e enumeração) para alcançar uma representação do conteúdo ou de sua expressão. Por sua vez, a categorização é uma forma de classificar os elementos que constituem um conjunto levando em consideração a parte comum existente entre eles. Por fim, a inferência traduz-se na interpretação do conteúdo analisado. Aqui cabe um destaque quanto à importância de, na inferência, ir além do material coletado, levando em consideração a significação das características do discurso.

4.7 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de aprovação gerado foi o de número 1.505.333 (Anexo A). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Ressalta-se que a pesquisadoras se responsabiliza pelo sigilo dos dados coletados bem como pelo anonimato dos participantes.

4.8 Riscos e benefícios

O risco envolvido na pesquisa foi de gradação baixa, remetendo-se a mobilização emocional frente à temática do parto e nascimento. As medidas de proteção do risco envolvido foram atenção contínua à presença de mobilização emocional e possibilidade de desistência da participação na pesquisa em qualquer fase da mesma. No que diz respeito à minimização dos riscos, a pesquisadora se comprometeu em prestar apoio e/ou acompanhamento psicológico durante a aplicação dos instrumentos e/ou após a coleta de dados.

Como benefícios da pesquisa destaca-se a contribuição com conhecimentos acerca de práticas propostas pela humanização do parto e nascimento, bem como a possibilidade de conhecer o que as mulheres esperam sobre tal momento e a distância entre tais expectativas e a realidade.

4.9 A Entrada no Campo

Antes de lançar-nos no campo, já havíamos sido “alertadas” sobre a importância do pré-natal na construção de tais expectativas e na concretização delas através das experiências. Lembramos de ter escutado que “o que existe entre o esperado e o vivido com relação ao parto e nascimento é exatamente o pré-natal”. Percebemos que estas consultas têm um grande potencial de influenciar as expectativas acerca do parto e nascimento, informando e, inclusive,

empoderando as mulheres no sentido de exigir seus direitos e a concretização de práticas benéficas para ela e para o bebê.

A fala acima exposta e a percepção ao entrar no campo confirmam a literatura (FERREIRA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2002), ao trazer que as expectativas relacionadas ao parto e nascimento estão, em muito, relacionadas ao pré-natal e à forma como as gestantes são informadas sobre esses momentos.

Tendo em mãos um instrumento que nos possibilitava levantar informações sobre o pré-natal e em mente (a partir da fase exploratória da pesquisa) que essas consultas têm grande significado para as mulheres, a entrada no campo nos fez confirmar algumas leituras e perceber elementos novos, que só o contato com os atores sociais presentes naquela realidade poderiam nos revelar.

A fase do trabalho de campo na pesquisa qualitativa permite uma dupla aproximação: entre o pesquisador e a realidade sobre a qual a pergunta de pesquisa foi construída; e entre pesquisador e atores, no caso desta pesquisa, as mulheres grávidas, que participam da realidade social estudada. Ressaltamos que a imersão no campo também possibilitou, de alguma forma, uma aproximação com os profissionais, tanto no ambulatório quanto no Centro Obstétrico (CO) e no Alojamento Conjunto, ao que destacamos uma maior aproximação com os profissionais na cena de parto e nascimento.

Esses movimentos de aproximações são percebidos como essenciais na pesquisa qualitativa visto que permite o aprofundamento na investigação proposta (MINAYO, 2009). Dessa forma, na presente pesquisa foi possível uma aproximar, como observadora, da experiência de parto e nascimento, bem como das mulheres que esperavam e viviam tal momento.

A coleta de dados da pesquisa durou sete meses (maio a novembro de 2016). Essa fase de coleta de dados, iniciada no ambulatório de pré-natal, permitiu-nos delinear sentimentos, pensamentos e atitudes de mulheres no último trimestre da gestação tanto em relação às consultas quanto ao momento do parto e nascimento.

As entrevistas semiestruturadas nos permitiram acompanhar cada mulher em sua singularidade, permitindo que trouxessem em suas falas outros elementos além daqueles que se pretendia investigar a princípio. Nesses momentos, deixávamos que se expressassem, respaldadas por uma postura de flexibilidade permitida na metodologia utilizada. Minayo (2009) afirma que não é apenas o pesquisador que dá sentido ao trabalho intelectual realizado,

mas também o participante do estudo, que significa as próprias ações e explica as intenções de seus atos.

Após aprovação no Comitê de Ética, a entrada no campo de deu, num primeiro momento, com o intuito de organizar a coleta de dados. A primeira apresentação e pactuação da pesquisa foi realizada com o chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia a fim de não sermos “olhadas” como desconhecidas nos diversos setores em que nos propusemos a entrar. Como as mulheres seriam acompanhadas desde a gestação até o puerpério, nós circularíamos por alguns setores da obstetrícia.

Feitas as apresentações, foi confeccionado um crachá para facilitar a entrada no CO. Além disso, o chefe do setor sugeriu que a pesquisa buscasse algumas mulheres contra referenciadas do HUUMI UFMA para unidades básicas de saúde da capital. Vale destacar que essa contra referência tem sido feita a partir da proposta de que a maternidade deixe de oferecer pré-natal de risco habitual, ficando responsável apenas pelo pré-natal de alto risco.

A segunda apresentação e pactuação da pesquisa foi realizada com a chefe do Ambulatório de Pré-Natal. Esse momento foi importante para que o entendimento do funcionamento do setor e para organização do recrutamento de mulheres que aceitassem participar da pesquisa. A chefe do setor reforçou a tendência de o risco habitual deixar de ser um serviço ofertado pelo hospital. Destacou ainda que, a partir daquele mês (maio), apenas um médico seria responsável pelos pré-natais de risco habitual, sendo que até o mês anterior dois profissionais atendiam gestantes com gravidez de risco habitual. Tal decisão implicou em encaminhamentos, tanto para as unidades básicas de saúde quanto para o profissional de referência para risco habitual naquela unidade hospitalar. Dessa forma, solicitamos conhecer tais mulheres contra referenciadas para a atenção básica, a fim de incluí-las na pesquisa, o que não foi possível pelo fato de não haver lista ou livro de registro das pacientes encaminhadas para as unidades básicas de saúde. Foi, então, inviável operacionalizar a busca de mulheres contra referenciadas, como proposto pelo chefe da Ginecologia e Obstetrícia.

Ainda no encontro no ambulatório de pré-natal foi possível ter acesso à informação das datas de atendimento do profissional que assiste o pré-natal de risco habitual, bem como à agenda daquela semana. Com ajuda da profissional, foi possível ter acesso ao sistema que contempla as informações das pacientes pelo computador (ressalta-se que tal acesso só aconteceu nesse encontro, pois durante o período de imersão no campo não foi possível que tal profissional acessasse o sistema para que o dado da idade gestacional fosse levantado e soubesse, de forma antecipada, quais mulheres eram possíveis participantes).

No momento de apresentação do espaço físico do ambulatório, a profissional ressaltou a dificuldade de sala para a entrevista com as participantes da pesquisa. Tal dificuldade inicial foi desfeita com a disponibilidade de sala que não era utilizada nos dias em que o médico que atende risco habitual realizava as consultas ambulatoriais (às sextas-feiras pela manhã).

Ressalta-se que a referida sala passou a ser ocupada por uma profissional do hospital nos últimos dias de coleta de dados no ambulatório. Dessa forma, foi necessário auxílio do setor “vizinho” (*Follow up*), que disponibilizou sala para a realização de algumas entrevistas.

Após apresentação e conhecimento do ambulatório, foi necessário articular com o setor do CO, a fim de facilitar nossa entrada para a observação participante. Essa articulação precisou ser realizada de forma cuidadosa, pois, apesar das autorizações das mulheres para que a pesquisadora participasse do parto, a presença de atores “estranhos” na cena do parto e nascimento precisaria ser negociada com cada equipe.

A enfermeira chefe do CO disponibilizou-se para nos apresentar o setor e aos membros da equipe a fim de que os profissionais conhecessem as pesquisadoras e os objetivos da pesquisa, desconstruindo uma possível estranheza com relação à nossa presença. Esse momento também foi marcado pelo esclarecimento de regras e normas, enfatizando-se questões relacionadas à necessidade de Equipamento de Proteção Individual em cada ambiente do setor. Pelo fato de ser mais de uma equipe, foram necessárias algumas visitas ao CO a fim de conhecer os profissionais antes da realização das observações participantes.

Por ser um ambiente novo para algumas de nós, foram necessárias outras visitas ao CO a fim de estabelecer uma aproximação com o cenário e as situações de parto e nascimento. Assim, antes de observar partos das participantes da pesquisa, outros trabalhos de parto e partos foram acompanhados após autorização da parturiente e da equipe que a acompanhava.

Como o CO conta também com neonatologistas e pediatras, ainda com o intuito de reduzir a estranheza por parte da equipe frente à presença da pesquisadora no parto e nascimento, foi necessário apresentar e pactuar a pesquisa com a Chefe da Neonatologia, para que esta pudesse comunicar à equipe sobre a nossa presença em alguns partos.

Nessas observações prévias pudemos perceber o papel da equipe como orientando puérperas e acompanhantes. As orientações direcionadas à puérpera pelas enfermeiras e técnicas diziam respeito a práticas a serem realizadas pela mulher (posicionar queixo no peito, fechar a boca, direcionar a força para a região pélvica e segurar a parte posterior da coxa durante

as contrações). Além das orientações, os profissionais ofertaram suporte físico à parturiente, que aperta a mão dos profissionais durante as intensas dores.

Os pedidos da mulher refletiram desejo de cochilar e ir para casa. Além disso, demandaram que o esposo saísse da cabine (o pedido foi justificado pela mulher pelo fato de o companheiro ser nervoso). A equipe reforçou a capacidade da mulher de parir frente às outras experiências de parto normal, ao que a puérpera afirmou a distinção entre essa e as outras vivências.

Ainda nas apresentações aos setores relacionados às fases da pesquisa, foi necessário contatar a responsável pelo Alojamento Conjunto a fim de comunicar a entrada no setor para realização de entrevistas de puerpério com mulheres que haviam aceitado participar da pesquisa. Nesse encontro foram sugeridas duas possíveis salas (uma em cada ala do Alojamento Conjunto) para realização das entrevistas. Tal possibilidade precisaria ser negociada em cada entrevista, pois tais salas são utilizadas para a realização de exames e demais procedimentos. Com relação à utilização de ambas as salas, as equipes mostraram-se receptivas em disponibilizá-las, além de interessadas na temática estudada.

Atravessando as apresentações, a entrada no campo para coleta de dados foi iniciada no Ambulatório de Pré-Natal. Seguindo o cronograma pré-estabelecido, todas as mulheres com data prevista de parto até o final de outubro eram possíveis participantes da pesquisa. Enquanto as mulheres aguardavam consulta com o médico, elas eram abordadas para a etapa inicial da pesquisa.

Frente à percepção de esquivas por parte de algumas mulheres quando informadas sobre a submissão a uma entrevista durante a pesquisa, percebemos que tal movimento se dava pelo receio de responder de forma “errada” às perguntas. Dessa forma, optamos por inserir a informação de que os temas a serem conversados durante a entrevista diziam respeito à vivência atual (de gravidez e pré-natal) e ao que essa mulher esperava com relação ao seu parto e ao nascimento do(a) filho(a). Tal atitude foi tomada no intuito de desconstruir a ideia de respostas “certas” e “erradas”, bem como sinalizar para a participante sobre a tentativa de compreender a forma como cada mulher vive o momento de gravidez e constrói as expectativas para o parto e nascimento.

Ressaltamos a riqueza dos encontros nos corredores do ambulatório. Tal riqueza se deu tanto no nosso encontro com cada uma dessas mulheres quanto na observação do encontro entre as gestantes durante a espera para atendimento médico (espera muitas vezes demorada devido ao tempo até serem atendidas). Tais momentos foram marcados pelo compartilhamento

de elementos referentes à gestação e pré-natal. Pudemos perceber a maternidade como aproximando e estreitando os laços entre essas mulheres que antes nunca haviam se encontrado. Orientações quanto à amamentação e relações familiares e sexuais na vivência da gestação, bem como o compartilhamento de experiências anteriores endereçadas à gestação eram discursos recorrentes entre essas mulheres e, por vezes, dos acompanhantes.

Como o ambulatório funciona com apenas um médico acompanhando gestações de risco habitual, essas mulheres se conhecem e estranham a ausência prolongada de uma colega acompanhada pelo mesmo médico. Frente a essa estranheza, algumas gestantes, conhecendo a proposta da pesquisa e sabendo da participação da mulher ausente nas consultas, direcionavam-se a nós para questionar se a mulher já havia parido e como estavam ela e o bebê.

Outro elemento que marcou a presença no ambulatório diz respeito ao retorno dessas mulheres após o parto e encontro com mulheres ainda em pré-natal, visto que com o mesmo médico costuma se dar, ainda, a consulta do puerpério. Esses momentos contavam com elogios ao bebê e com o compartilhamento das experiências vividas no CO e no Alojamento Conjunto.

Durante os sete meses que passamos no ambulatório de pré-natal, pudemos identificar uma mudança entre o início e o final da coleta de dados: percebemos que nos meses iniciais, o ambulatório atendia uma grande demanda de mulheres com gestação de risco habitual; com o passar da fase de campo, percebemos uma notória redução na quantidade de mulheres em espera para atendimento médico.

Esse movimento parece refletir a transição pela qual o serviço passa e que foi destacada pelos profissionais no momento de entrada nos setores. A probabilidade e a tendência referidas de que o hospital deixe de assistir mulheres em pré-natal de risco habitual parece estar se concretizando. Dessa forma, caberá à atenção básica acolher tais mulheres.

Algumas das entrevistas de pré-natal foram acompanhadas por graduandas de medicina que fazem parte da equipe da presente pesquisa, que também se apresentavam às mulheres. Ressaltamos que a presença de tais pesquisadoras mobilizou em algumas mulheres o esclarecimento de dúvidas relativas a questões e termos técnicos durante a entrevista.

Com relação ao aceite pela mulher da participação da pesquisadora no momento do parto emergiu o questionamento por parte de algumas gestantes se essa presença da pesquisadora anularia a presença de um(a) acompanhante de sua escolha. Quando tal dúvida emergia, sinalizava que o nosso papel na cena de parto seria distinto do papel de acompanhante; esclarecíamos, assim, que uma de nós estaria no CO enquanto pesquisadora para observar como

se daria o trabalho de parto e parto e que ela permanecia com o direito de ter um(a) acompanhante de livre escolha.

Entendemos que o trabalho de parto é permeado por emoções e possíveis ansiedades, o que poderia implicar em esquecimento do contato telefônico avisando do início do trabalho de parto para que uma de nós, pesquisadoras, pudesse dirigir-se à maternidade. Assim, as mulheres que estavam acompanhadas no momento da entrevista do pré-natal foram questionadas sobre a possibilidade de compartilharmos sua decisão de aceite da participação da pesquisadora no parto com o acompanhante na consulta ou pessoa que residisse no mesmo domicílio, no caso de entrevista realizada no domicílio.

A entrada no CO para observação do parto de cada mulher foi precedida de contato com a equipe plantonista, seja para apresentação da pesquisadora e da pesquisa (para aqueles profissionais com os quais se estabelecia o primeiro contato), seja com intuito de informar que uma das mulheres havia entrado em contato comigo para que a observação participante fosse realizada. Ressaltamos que em nenhum momento algum membro da equipe se mostrou resistente à nossa presença no CO, ao que atribuímos à apresentação feita pela chefe do setor, que permitiu aproximação entre pesquisadoras e a equipe assistencial.

Ressaltamos que algumas mulheres justificaram, na entrevista de puerpério, não ter lembrado de ligar quando do trabalho de parto para que acompanhássemos como observadora. Outras, no entanto, referiram ter sido pegas de surpresa com a impossibilidade de acessar o celular no CO, não podendo, assim, realizar o contato telefônico.

Ao perceber que nem todas as mulheres avisavam sobre o parto, foram necessárias estratégias para garantir tanto a observação participante quanto a entrevista de puerpério. Em reunião com o grupo de pesquisa qualitativa, decidimos entrar em contato telefônico com as gestantes na 36ª semana de idade gestacional a fim de reforçar o interesse em estar presente no momento do parto. Esse telefonema funcionava como lembrete para cada mulher, em especial para aquelas cuja entrevista de pré-natal havia acontecido há algum tempo.

Não foram realizados telefonemas em outros períodos pois a partir da 36ª semana de idade gestacional, os encontros costumavam se dar semanalmente, visto que a consulta também passava a ser semanal. Nesses encontros, em conversas informais, perguntávamos como estavam a rotina e as consultas ambulatoriais. Tais diálogos ocorriam na tentativa de nos aproximarmos da mulher e nos fazer parte daquele contexto de pré-natal para que, assim, pudéssemos participar também do trabalho de parto e parto. Nessas conversas, sinalizávamos

sobre a etapa da observação participante como forma de lembrete para que a mulher entrasse em contato quando do trabalho de parto.

Destacamos que um dos partos aconteceu no momento em que a entrada no CO para apresentação à chefe do setor e às equipes ainda não havia sido realizada pelas pesquisadoras. Dessa forma, mesmo com o aviso de entrada em trabalho de parto da mulher (contato telefônico realizado na madrugada e pela própria puérpera), não foi possível realizar a observação participante desse parto. Além disso, uma das observações participantes realizadas limitou-se ao trabalho de parto devido a questões relativas à pesquisadora que realizava a observação.

A estratégia utilizada para garantir a entrevista de puerpério foi visitar o Alojamento Conjunto três vezes por semana a fim de investigar nas fichas de triagem (documento que lista todas as mulheres internadas) se aquelas que aceitaram participar da pesquisa estavam internadas por já terem parido.

No momento da entrevista de puerpério sinalizávamos às mulheres que acompanhamos o parto, que apesar de uma de nós ter estado com ela e com o bebê durante o parto e o nascimento, era importante que ela dissesse como foram para ela aqueles momentos, pois as vivências (principalmente aquelas intensas, como o parto) são experienciadas de formas totalmente diferentes por quem a experimenta como mulher-gestante-puérpera e para quem a experimenta como pesquisadora. Tal fala também refletia a tentativa de resgatar a atitude das entrevistas de pré-natal, de que o momento da entrevista não seria marcado por julgamentos de respostas “certas” ou “erradas”, mas que o interesse era no aprofundamento do fenômeno da forma como se dava para cada mulher.

Destacamos a dificuldade de coletar dados na fase de puerpério, pois percebemos que as mulheres, mesmo as que contavam com um suporte adequado nos cuidados com o bebê, voltam-se de forma intensa para os cuidados com o(a) filho(a). Esse, inclusive, foi o motivo de desistência de algumas das mulheres de dar continuidade à participação na pesquisa. Uma sinalizou de forma clara não ser possível um segundo momento conosco pelo fato de ter reduzido tempo para outras questões que não fossem relativas ao filho. E quando o tinha, optava por cuidar dela mesma (através do sono, higiene pessoal e cuidados domiciliares). Quanto ao impedimento frente à nova rotina, destacamos o quanto essa experiência mostrou-se imprevisível para as mulheres antes de vivenciar a maternidade. Essa mulher referiu, no puerpério, não ter imaginado o quão diferente a sua vida estaria após a chegada do filho.

Para outras mulheres, essa desistência mostrou-se velada nas situações em que a entrevista estava agendada (em domicílio ou na consulta de retorno na Maternidade) mas no momento do encontro, as mulheres não compareceram ou não atenderam as ligações, sinalizando, num momento depois algum imprevisto com o filho e a impossibilidade de atender a ligação ou retornar imediatamente, pois “desligavam-se” do celular.

Houve casos, ainda, em que as mulheres viajaram para outro município após a alta hospitalar pós-parto. Ao entrar em contato telefônico em período próximo à data provável do parto, descobríamos que já haviam parido e retornado para o município de origem ou viajado para a casa de familiares.

Ainda como elemento que entrou a realização de entrevistas de puerpério, remetemo-nos à dificuldade em entrar em contato com algumas mulheres, que não atenderam aos chamados telefônicos ou permaneciam com telefones fora de área. Talvez a nova rotina tenha implicado em distanciamento de outros assuntos não relacionados à maternidade. Justificamos tal hipótese baseadas nas falas das mulheres que, após marcações de entrevistas e contato telefônico, quando me aproximava da casa da mulher, ou quando estava na Maternidade, estas não atendiam ao telefone e num outro momento relataram não ter atendido por estar cuidando do filho.

Assim, ressaltamos tais situações como limitações da pesquisa, mas também como importantes sinalizadores do quanto a maternidade assume-se como uma experiência imprevisível, pois essas mulheres (e nós), ao aceitarem inicialmente participar de todas as fases da pesquisa, não pareciam esperar não ter tempo para participar da entrevista de puerpério.

5 RESULTADOS

ARTIGO

ENTRE O ESPERADO E O VIVIDO: EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO AO MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO

(a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública. Fator de impacto 0.8172 . Qualis A2)

Entre o esperado e o vivido: expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento

Alice Parentes da Silva Santos (Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís/MA, aliceparentes@hotmail.com)

Zeni Carvalho Lamy (Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís/MA)

Laura Lamas Martins Gonçalves (Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís/MA)

Introdução

A gravidez é um período de intensas expectativas da mulher endereçadas ao momento do parto, muito representado de forma fantasiosa e permeado por ansiedades. Assim, o pré-natal tem papel central na construção de expectativas das gestantes¹.

As expectativas de grávidas sobre o parto estão muito relacionadas com a maneira como as informações são disponibilizadas e acessíveis, sendo crucial uma assistência capaz de orientar durante o pré-natal^{2,3}. A literatura aponta aulas de preparação para o parto⁴, grupos educativos e de apoio⁵ e plano de parto^{6,7} como ferramentas importantes na formulação de expectativas das gestantes.

Para além da gravidez, na forma de expectativas, o parto permanece no futuro da mulher na forma de lembranças e sentimentos despertados pelas experiências durante a parturição¹. Assim, é importante que sejam realizadas abordagens profissionais humanizadas, que estimulam a participação ativa da mulher e do(a) acompanhante na cena de parto, preconizando um suporte físico e emocional para que o parto seja uma experiência humanizada e que permita a realização da parturiente⁷.

A fim de promover a assistência humanizada e qualificada à mulher e à criança, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha (RC) que tem, entre outros objetivos, o de possibilitar às mulheres experiências seguras e positivas durante a gravidez, o parto e o nascimento, a partir de práticas baseadas em evidências científicas. Destaca, ainda, o parto como função fisiológica e natural e defende a garantia do direito de que a mulher e o(a) parceiro(a) possam vivenciá-lo de forma única⁸.

Dentre as práticas humanizadas que a RC destaca, a presente pesquisa buscou aprofundar-se no estudo das seguintes: presença de acompanhante de livre escolha, que é um

direito legitimado porém não totalmente implementado; contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

Apesar das evidências científicas, a literatura vem apontando entraves na efetivação das práticas humanizadas ao parto e nascimento como a falta de preparo por parte dos profissionais para ofertar cuidado humanizado e de qualidade à mulher e ao bebê^{9, 10, 11}, resistência no meio acadêmico em implementá-las nos serviços¹² e fatores institucionais¹⁰.

Num enfoque regional, destacamos que o Nordeste está entre as regiões brasileiras que apresenta menor prevalência de boas práticas ao parto e ao nascimento¹³. Tal dado retrata uma situação que merece um olhar atento à assistência prestada às mulheres e aos bebês durante o pré-natal, parto e puerpério, possibilitando experiências que sejam, além de comprovadamente benéficas, positivas em cada singularidade, reposicionando mãe e bebê enquanto sujeitos partícipes dos processos de parir e nascer.

Dessa forma, o estudo teve como objetivo analisar as expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento.

Métodos

O estudo foi do tipo qualitativo, realizado na Unidade Materno Infantil (UMI) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU UFMA), que é Hospital Amigo da Criança e Centro de Apoio para as boas práticas de parto e nascimento da Rede Cegonha.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: mulheres em pré-natal de risco habitual; gestantes maiores de 19 anos considerando que a adolescência, período dos 10 aos 19 anos¹⁴, traz questões particulares; e idade gestacional a partir de 29 semanas determinadas pela ultrassonografia. Destaca-se que a partir desse período a mulher começa a fazer a transição entre o bebê imaginado e o bebê real, passando a pensar no que irá ocorrer no parto e nascimento⁸.

Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnósticos de transtornos mentais; diagnóstico intrauterino de malformação ou doenças graves; e mulheres com dificuldade de comunicação.

A amostra do estudo atendeu aos critérios da pesquisa qualitativa, desta forma, não era conhecida a priori, a escolha dos participantes foi intencional¹⁵ e utilizamos a técnica de saturação teórica para interromper a coleta de dados¹⁶.

As técnicas de coleta de dados foram entrevistas e observação participante. A entrevista estruturada voltou-se para o levantamento das características sociodemográficas, culturais e obstétricas e foi realizada a partir de um questionário previamente elaborado. Utilizamos duas entrevistas semiestruturadas em momentos distintos e com roteiros específicos: uma a partir da 29ª semana de idade gestacional (a fim de conhecer as expectativas da mulher) e outra após o nascimento (para dar conta das experiências).

A observação participante foi realizada em alguns partos de mulheres participantes do estudo, uma vez que nesta pesquisa a técnica de observação teve intuito complementar, com a finalidade de compreender as falas da mulher e as situações vivenciadas no momento do parto. Vale destacar que as mulheres entrevistadas no pré-natal foram as mesmas observadas e entrevistadas após o parto.

Com relação aos dados coletados, estes foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, na modalidade temática¹⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob protocolo número 1.505.333. A coleta de dados ocorreu entre maio e novembro de 2016. Os nomes utilizados para as mulheres nesta pesquisa são fictícios a fim de garantir o anonimato das participantes.

Resultados e discussão

Com o intuito de auxiliar na reflexão das falas das mulheres, segue a descrição das características sociodemográficas, culturais, obstétricas e neonatais das mulheres e seus bebês.

Quadro 1 – Características sociodemográficas, culturais e obstétricas e neonatais de mulheres em pré-natal de risco habitual e seus bebês, São Luís, 2016

Idade das mulheres	Entre 19 e 38 anos
Escolaridade	1 – Ensino Fundamental Completo 14 – Ensino Médio Completo 3 – Ensino superior Completo
Renda mensal familiar	Entre 1 e 4 salários mínimos
Estado civil	13 – Solteiras 5 – Casadas
Raça autorreferida	2 – Brancas 8 – Pretas 7 – Pardas 1 – Amarela
Religião	8 – Evangélicas 8 – Católicas

	1 – Agnóstica 1 – Revelou frequentar as igrejas católica e evangélica
Planejamento da gravidez	12 – Sim 6 – Não
Número de gestações	9 – 1 gestação 5 – 2 gestações 2 – 3 gestações 2 – 4 gestações
Número de partos	11 – Nenhum parto 5 – 1 parto 2 – 2 partos
Número de abortos	4
Número de mortes neonatais	1
Número de consultas no pré-natal	Entre 3 e 10
Medicamento para indução do parto	Administração de ocitocina em todas
Tipo de parto	9 – Cesáreo 3 – Normal
Idade gestacional	Entre 37 semanas e 1 dia e 41 semanas e 1 dia
APGAR no 1º minuto	Entre 5 e 9
APGAR no 5ºminuto	Entre 6 e 9

Com relação ao Quadro 1, merece destaque o fato de que os dados relativos ao pré-natal são referentes a 18 mulheres e os dados referentes ao puerpério remetem-se a 12 mulheres, visto que algumas delas desistiram de continuar participando da pesquisa. Destacamos ainda a impossibilidade de acesso ao prontuário de duas das 12 mulheres (uma delas teve bebê em maternidade distinta da estudada e com relação à outra mulher, a instituição não localizou o prontuário). Com relação à utilização de ocitocina descrito na tabela, em apenas uma mulher este medicamento foi utilizado para indução do parto.

A análise das entrevistas possibilitou que emergissem as seguintes categorias: Muitos médicos, pouco vínculo; Uma pessoa da família seria o outro olho da gente; Parto esperado e parto vivido; Às vezes eles já colocam no peito.

Muitos médicos, pouco vínculo

Essa categoria remete-se à relação estabelecida com os profissionais de saúde durante o pré-natal e no momento parto. As gestantes trouxeram a intensa troca de médicos durante o pré-natal realizado na mesma instituição.

Gestar um novo ser implica vivenciar transformações físicas e psicológicas, nem sempre compreendidas pela gestante. O pré-natal, configurado como o encontro no qual o

profissional de saúde presta assistência à mulher grávida, representa um potente espaço de escuta clínica por parte da equipe assistencial¹⁸ e deve viabilizar a troca de informações entre esses atores sociais, de forma a responder questionamentos surgidos durante a gravidez.

Entretanto, na instituição onde essa pesquisa foi desenvolvida, a relação estabelecida entre médico e paciente revelou-se precária, fato explicado pela intensa rotatividade de médicos durante o pré-natal, o que dificultou o vínculo entre mulher e profissional de referência. Essa troca ocorreu de duas formas: quando a mulher deixou de ser acompanhada no pré-natal de alto risco e deu seguimento no pré-natal de risco habitual, e no próprio risco habitual.

Por se tratar de um hospital universitário, o fluxo de estagiários e residentes é intenso. Nas consultas de pré-natal de risco habitual há um médico de referência, no entanto, o atendimento é comumente realizado por outro médico, incitando nas gestantes o questionamento acerca da existência do médico para o qual foram agendadas:

“E será que ele [médico] existe? Porque eu sou a quinta consulta que eu marco aqui. Já tô com a sexta consulta marcada e eu nunca vi ele... Então a gente fica meio se perguntando.” (Conceição)

As mulheres queixaram-se, ainda, e de forma antecipada, sobre a troca de profissionais, a partir do que escutaram das demais gestantes, já que esse é um assunto frequente no corredor de espera de consulta de pré-natal. Dessa forma, antes mesmo da primeira consulta as mulheres já sabem como funcionam as consultas:

“Agora eu vou consultar a primeira vez com esse médico que, já me falaram que... [risos] O nome dele é só no papelzinho lá, mas quem vai consultar é outros médicos e ele só assina.” (Bárbara)

Iniciar uma relação já com as falas de outras mulheres sobre a qualidade do acompanhamento pode implicar em reduzidas expectativas quanto aos atendimentos. Tal situação pode relacionar-se com uma dificuldade em exigir e lutar por uma assistência digna¹⁹. Uma das principais críticas endereçadas aos hospitais, é a de oferta de uma assistência impessoal, fragmentada e com reduzido vínculo entre profissionais e pacientes, o que acaba por levar a uma baixa responsabilização e descompromisso por parte dos profissionais¹².

Sem uma continuidade no atendimento, a cada consulta as gestantes precisam repetir informações já trazidas em consulta anterior. Assim, o computador figura como importante ferramenta de resgate de informações. Esse recurso, apesar de, para o profissional,

facilitar o atendimento, atravessa a relação médico-paciente causando, implicando em insegurança:

“A gente consulta hoje... Na próxima consulta não é o mesmo médico, [...] aí ele vai lendo na ficha, tá entendendo? A gente fica insegura porque parece assim que ele não tá acompanhando a gente direito. Aí é outro médico, aí não tem aquele acompanhamento, a gente só sabe porque ele leu no computador.” (Balbina)

Outra consequência da troca de médicos são as informações dissonantes entre uma consulta e a subsequente, causando na mulher ansiedade e o sentimento de estar “perdida”:

“[...] a gente se sente meio [...] perdida porque você não conhece o médico que tá te atendendo. Tu sabe que tu vai ser atendida por alguém, por um profissional, mas assim, tu não sabe, assim, realmente, quem é aquele médico e tal... Assim como ele não te conhece.” (Conceição)

“O que incomoda... é assim... porque quando eu tava com o médico passado... assim... cada um dá uma data [...] pra ter o bebê.” (Nazaré)

As falas confirmam que as queixas dos usuários de serviço de saúde remetem-se à falta de interesse e responsabilização das instituições (logo, dos profissionais que a constituem) com o sujeito e com o seu problema, que é particular, o que leva à insegurança e desinformação²⁰.

As gestantes relataram incômodo com a fragilidade da relação médico-paciente, que elas esperavam ser íntimas e duradouras, já que o pré-natal para as mulheres da pesquisa foi iniciado no primeiro trimestre gestacional, como visto a seguir:

“[...] cada mês tu passa com um médico diferente, então você não tem aquela [...] intimidade maior com o médico, porque se [...] todo mês você viesse e consultasse com o mesmo médico, era uma coisa. Mas, cada mês que tu vem, tu vê um médico diferente, então não tem como criar aquela intimidade maior. Como sempre é um médico diferente não tem aquela relação médico e paciente [...]” (Conceição)

O pré-natal é marcado por dúvidas e questionamentos. Frente a essa característica, o estabelecimento de vínculo com os profissionais assistentes é fundamental para o compartilhamento de medos e inseguranças na tentativa de garantir uma gestação tranquila e preparar para o parto, muitas vezes permeado por fantasias e ansiedades frente ao esperado e imprevisível¹. Entretanto, o que há para muitas mulheres é o sentimento de frustração:

“[...] você é assistida durante um bom tempo por um médico e no dia [do parto] tu vai tá com uma pessoa totalmente estranha... Eu acho que não me dá muita segurança.” (Leide)

“[...] eu pensei que como ele [médico] fez a minha primeira consulta, aí que ele me deu a boa notícia, então... Eu pensei que ele ia me acompanhar até... O nascimento do neném... Até a hora do meu parto. Mas não [...] Foi totalmente diferente.” (Mariska)

O distanciamento entre profissionais e gestantes torna o pré-natal pouco propício à escuta e atrapalha a concretização de uma das propostas da Rede Cegonha⁸: a de permitir que as mulheres tenham experiências seguras e positivas durante a gravidez. A mulher passa a ter pouca participação nas consultas e pouco poder de decisão sobre aspectos da sua gestação.

Apesar dos entraves descritos, o serviço foi avaliado positivamente por algumas mulheres, que reforçam a importância de manterem-se no atendimento hospitalar, já que através dele é feita uma avaliação periódica de sua saúde da saúde do bebê através da oferta de consultas e exames:

“Eu passei na triagem logo que comecei a fazer [o pré-natal] aqui. E logo gostei, porque eles me passaram exames [...]” (Risoleta)

A avaliação negativa da relação médico-paciente e a avaliação positiva da assistência recebida durante pré-natal parece refletir uma percepção de que o importante é o cuidado biológico¹⁹, com a garantia de exames e consultas durante o pré-natal. Tal percepção é incongruente com a proposta de assistência integral que deve ser prestada durante o pré-natal.

Uma pessoa da família seria o outro olho da gente

Essa categoria reflete o acompanhante de livre escolha a partir das expectativas das gestantes e das experiências dessas mesmas mulheres com relação a tal prática humanizada. As mulheres referiram o desejo de ter um acompanhante no momento do trabalho de parto e/ou parto. As falas de algumas mulheres remeteram-se ao desejo por um acompanhante de livre escolha apesar do desconhecimento dessa prática enquanto direito:

“Eu não sei se é permitido, se eles deixam [...] alguém ficar do lado [...] mas se permitirem [...] eu não abro mão de jeito nenhum.” (Conceição)

Os resultados da presente pesquisa parecem refletir os achados do estudo de base nacional “Nascer no Brasil”²¹, em que o número de mulheres que optam por não ter acompanhante durante o trabalho de parto e parto é muito pequeno. Em pesquisa nacional de base hospitalar, os autores chegaram à conclusão de que a ausência de acompanhante de livre escolha costuma se dar devido à falta de conhecimento desta prática enquanto um direito da

mulher, o que acaba por dificultar o seu ritmo de implementação como um direito e uma prática humanizada.

A literatura aponta a importância do pré-natal como momento para disponibilizar informações de modo acessível às mulheres^{2,3}. O diálogo entre gestante e profissionais de saúde durante o pré-natal possibilita maior participação nas decisões por parte da mulher durante esse período e no parto³.

Dentre as mulheres que participaram da entrevista durante o pré-natal, apenas uma sinalizou não querer acompanhante de livre escolha. Esse resultado confirma a literatura, que afirma serem poucas as mulheres que optam por não ter acompanhante durante o parto²¹.

Também esteve presente na fala das mulheres a possibilidade de não ter um acompanhante durante alguns momentos do trabalho de parto:

“[...] pelo que eu já me informei em relação a aqui, na hora que me levarem lá pra sala do parto mesmo, a minha mãe não entra. Mas enquanto eu tiver naquela sala de espera ali, que eu tiver esperando, sentindo as contrações, até a hora da bebê nascer, ela vai tá junto comigo.” (Bárbara)

Destacamos que essa expectativa não corresponde ao que é de direito da parturiente assistida no SUS de acordo com a legislação²²: ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Quanto à expectativa de acompanhante, o companheiro e a mãe figuraram como principais atores na escolha dessas mulheres. A escolha do(a) acompanhante por parte das participantes da pesquisa reflete a tendência de optarem por um membro da família durante o parto, pois, como relatou Balbina: *“Uma pessoa da família seria o outro olho da gente”*. Tal resultado também trazido por estudo anterior²³, que trouxe que a escolha se dá não apenas por alguém conhecido, mas com quem a mulher tenha um laço familiar.

O processo de escolha pelo acompanhante implica na reflexão dessas mulheres sobre a capacidade das pessoas escolhidas para estarem presentes no cenário de parto e nascimento, elemento endereçado, principalmente, ao pai do bebê:

“O pai tem que ficar [...] na hora do parto. Mas olha, ele é mais nervoso do que eu [risos]. [...] eu quero que ele que fique, na hora do parto. Mas eu já tô com medo, porque ele é mais nervoso do que eu, no dia que nascer ele desmaiar [risos]” (Regina)

As mulheres tendem a pôr em dúvida a capacidade de seus companheiros enquanto acompanhantes por supor que falta a eles coragem e força para o momento do parto²⁴. Tal constatação nos leva à reflexão de que o Centro Obstétrico é representado como um terreno

quase exclusivo do sexo feminino, em que apenas mulheres dão conta do que ali se passa, estando os homens despreparados para adentrá-lo.

Outro elemento que destaca a cena de parto como feminina remete-se ao imaginário de um acompanhante do sexo masculino apenas para a cesariana:

“Eu já sei como é o procedimento da cesariana, o pai tem direito de assistir o parto, [...] eu acho que o parto normal o pai não pode entrar.” (Evangelina)

A análise quanto ao gênero do acompanhante e o tipo de parto remete-se à cesariana como um parto “desgenitalizado”, permitindo, com mais frequência, a presença de um acompanhante. No parto normal, por sua vez, cabe ao acompanhante do sexo masculino a quietude e a permanência próximo à cabeça da mulher a fim de evitar ver a distensão da vagina, o parto e as suturas. Tais atitudes resguardam o interesse sexual pela mulher²¹.

A presença de um(a) acompanhante representa para essas mulheres mais segurança com relação ao momento do parto e nascimento, seja para garantir uma assistência de qualidade, para vigiar nos momentos de separação da díade mãe-bebê, para dar apoio emocional e encorajar a mulher no processo de parturição e para atender aos pedidos da puérpera:

“Esses momentos de enrolação, negligência e descaso. Pessoa com dor não vai poder [...] ter aquela força. Tem uma outra pessoa que é mais ágil, mais hábil com aquilo [...] para ir atrás: ‘por quê ainda não fez?’, ‘qual é o quadro clínico?’” (Sofia)

“Eu tenho tanto medo de roubar meu bebê, [...] nessa hora aí que é pra [o pai do bebê, acompanhante] marcar colado, que não é pra deixar meu filho só, me deixa de mão, [...] vai lá atrás do menino.” (Regina)

“[...] ela vai tá ali [...] conversando comigo, vai tá: ‘minha filha, não se preocupe não, vai dar tudo certo’” (Bárbara)

“[...] se tu sentir alguma coisa tu vai dizer: ‘tô sentindo isso’. Tu sabe que ele vai te socorrer, tu sabe que ele vai te ajeitar. ‘Ó, tá doendo aqui’, ele vai te empurrar mais pra cá, aí ele vai ali pega uma água, me leva pra fazer xixi, é diferente de uma pessoa que tu não tem uma segurança e uma intimidade, né?” (Catarina)

As expectativas dessas mulheres relacionam a presença de um acompanhante com uma melhoria na assistência recebida²⁵. As puérperas têm no acompanhante uma figura de apoio emocional para o momento do parto, tendo tal figura a função de encorajar a mulher²⁶. A presença de alguém que atenda às necessidades imediatas possibilita que o processo de parturição se aproxime de uma vivência positiva para a mulher, além de permitir um nascimento tranquilo e saudável para o bebê²⁴.

Não comparece na literatura a expectativa das gestantes do acompanhante com a função de evitar o roubo do bebê. Assim, reforçamos que para essas mulheres o acompanhante reflete uma segurança oferecida não apenas à puérpera, mas também ao recém-nascido.

De acordo com as falas das mulheres e com as observações realizadas, todas as parturientes tiveram acompanhante. Em sua maioria a figura de acompanhante foi a mãe da mulher, presente em sete dos 12 partos. Esse resultado é diferente do trazido pela literatura²¹, que aponta o pai do bebê como a figura que mais está presente como acompanhante durante a assistência ao parto.

Ao levantar as expectativas das mulheres, a preferência pela presença do pai do bebê foi maior. Ao analisarmos tal dado relacionado com a experiência, percebemos uma diferença que pode ser explicada pelo fato de que seis participantes não puderam dar continuidade no estudo respondendo à entrevista durante o puerpério, uma vez que essas seis mulheres referiram preferência pela presença do companheiro.

Oito das mulheres que participaram da entrevista de puerpério tiveram como acompanhantes as figuras que esperavam durante a gravidez. Das quatro que não tiveram sua expectativa alcançada, todas queriam o pai do bebê como acompanhante. Duas delas referiram que o esposo não pôde ser o acompanhante por questões laborais e duas referiram que o companheiro não teve condições emocionais de estar presente, o que confirmou as próprias expectativas:

“Na hora que eu comecei a sentir dor, ele [esposo] já tava era nervoso. Eu disse: ‘ei, eu já vou pro hospital que eu já tô sentindo dor’. Ele já ficou logo foi nervoso. Digo: ‘ah, então não vai mais ele, não, porque em vez de me ajudar, vai é me atrapalhar’. Ai ele ficou em casa.” (Regina)

Também foi percebido que o acompanhante foi uma figura que não esteve presente em todos os momentos do trabalho de parto, parto e pós-parto, o que também confirmou as expectativas dessas mulheres. A separação se deu em dois momentos: na entrada da mulher no Centro Cirúrgico, voltando o(a) acompanhante a participar da cena de parto e nascimento após aplicação da anestesia; e após o nascimento do bebê voltando a estar com a mulher na Sala de Recuperação:

“Ela [acompanhante] entrou logo quando eles já tavam me cortando [...] aí ela ficou do meu lado.” (Amparo)

“Eu fiquei lá, eles terminando a cirurgia, fazendo a sutura. A bebê tava com elas [equipe], minha irmã tava acompanhando ela.” (Amélia)

Destacamos que as observações confirmaram as falas das mulheres e permitiram, ainda, percebermos que o momento inicial no centro cirúrgico (quando é administrada a anestesia) é marcado pela fragilidade da mulher que atribuí a intenso significado e expectativa relacionados ao parto normal. A anestesia é realizada minutos após o recebimento da notícia da cesariana, sendo importante a presença de uma figura que ofereça suporte emocional à mulher. Tal percepção ficou clara quando uma das mulheres demandou da observadora que segurasse sua mão enquanto administravam a anestesia.

Os resultados desta pesquisa dialogam com a literatura²⁵, que afirma que uma minoria das mulheres submetidas à cesariana tiveram acompanhamento durante toda a internação. A presente pesquisa também chegou ao resultado de que o parto normal permite que o acompanhante esteja presente por mais tempo junto à puérpera. No entanto, nenhuma mulher teve o direito do acompanhante de forma integral (trabalho de parto, parto e pós-parto).

Uma outra função relatada para o acompanhante foi a de estar com o bebê no momento em que ele era separado da mulher para realização de cuidados profissionais e de trazer informações sobre o estado de saúde dele, o que elas descreveram como tranquilizador.

“Aí eu falei pra ela [acompanhante]: ‘a senhora viu o neném?’ Ela disse assim: ‘vi’. Aí ela falou assim: ‘ele tá bem’.” (Esperança)

“Depois ele [esposo] veio e disse ‘tá tudo bem’. Aí ele veio, quando ele veio sorrindo, não veio com aquela cara de preocupado, você sente que tá tudo bem. Você, só pela cara da pessoa, você sente ‘ah não, tá tudo tranquilo com ela’.” (Catarina)

Os cuidados por parte do(a) acompanhante não se limitam àqueles direcionados à parturiente, mas também ao bebê. A literatura aponta, como percebido na presente pesquisa, que cabe ao acompanhante explicar o que é desconhecido para a puérpera, sendo uma importante função do acompanhante²³.

Frente às limitações para se movimentarem após a cirurgia devido à anestesia, mulheres que tiveram cirurgia cesariana apontaram como função do acompanhante prestar auxílio na primeira mamada do bebê:

“[...] tem toda a limitação, porque eu não podia pegar, não podia falar, então eu só ficava observando [...] por causa da anestesia. Então, aconteceu dela mamar normal, mas foi com auxílio da minha acompanhante.” (Leide)

Essa função foi confirmada nas observações participantes. Existe uma ativa participação do acompanhante no pós-parto imediato, com ênfase para o auxílio na primeira mamada²⁷.

Parto esperado e parto vivido

As falas das mulheres durante o pré-natal refletem, na sua maioria, preferência pelo parto normal, mesmo atribuindo-lhe intensas dores de “22 ossos quebrando” (Bárbara e Leila).

Assim como na literatura^{26, 28, 29}, compareceu nas falas das gestantes o desejo ou a expectativa pelo parto normal. Das 18 participantes, 12 delas relataram preferir ter um parto normal.

“E eu espero que [...] seja normal, porque eu não tenho expectativa nenhuma de ter parto cesariano.” (Bárbara)

As mulheres desse estudo sustentam a preferência pelo parto vaginal, principalmente por dois motivos: em função do pós-operatório da cesariana, referido como demorado e dolorido, implicando, inclusive na dependência da mulher e na impossibilidade de que assuma os cuidados consigo e com o filho recém-nascido; e pelos medos endereçados a aspectos relacionados a um procedimento cirúrgico, como anestesia, agulha, injeção e corte:

“Cesariana não é bom... Cê demora mais pra se recuperar, é mais complicado pra tudo. Eu praticamente vou estar sozinha como o meu marido em casa [...], então, se vier de parto normal pra [...] que seja uma recuperação mais rápida, pra mim melhor vai ser.” (Conceição)

“Eu tenho muito medo de cesárea, tenho muito medo de corte, de anestesia, muita gente em cima de mim. Eu tenho mais medo que o normal” (Esperança)

“[...] eu quero muito que seja normal, porque eu tenho pavor [...] de agulha, de injeção, de corte, de tudo [...] que venha a ser cirurgia.” (Risoleta)

Os achados confirmam a expectativa pelo parto normal como implicando em uma recuperação pós-parto mais rápida^{3, 18, 26, 28}.

No entanto a cesariana também esteve presente como primeira opção nas falas de algumas mulheres. Essas mulheres referiram essa preferência como forma de acesso à laqueadura:

“Aí eles [profissionais da UTI, onde a mulher ficou internada durante parte da gestação]: ‘A gente facilita tudo: faz o teu parto cesariano e faz logo a laqueadura, uma coisa só’. ‘Tu aceita?’ Eu disse: ‘Aceito’.” (Evagelina)

Apesar de não haver indicação por parte do Ministério da Saúde³⁰ de laqueadura como indicação para cesariana, esse tipo de parto é trazido também pela literatura como uma das motivações pela preferência por esse tipo de parto^{2,3,18}. Identificamos, a partir das falas das mulheres, que a cesariana foi apresentada de forma sedutora à mulher. A literatura aponta que as expectativas relativas ao tipo de parto baseiam-se na forma como as informações são dadas às gestantes^{2,3}.

Os temores relacionados a um parto demorado e que pode trazer implicações negativas para o(a) filho(a) estiveram presentes nas falas das mulheres através de vivências anteriores delas ou de outras mulheres. A opção por uma cirurgia cesariana pode ser influenciada por esses medos.

“[...] quando eu tive o meu filho, faleceu de aspiração de mecônio [...], ele passou três dias ainda comigo e devido a uma demora que teve pra fazer o parto, que aconteceu isso. [...] querendo ou não, acaba passando o medo na cabeça de que aconteça o mesmo que aconteceu com a primeira, com a primeira gestação.” (Amélia).

Com relação à antecipação de medos durante a gravidez, mais uma vez ressaltamos o papel dos profissionais no pré-natal, potente espaço de informações, importante para a redução de medos endereçados ao parto^{3,28}.

Pudemos perceber que sete das 12 mulheres entrevistadas após o parto não tiveram suas expectativas alcançadas com relação ao tipo de parto esperado: seis mulheres diziam querer parto normal e tiveram parto cirúrgico; 1 delas queria cesariana e teve parto normal. Das 12, duas queriam parto normal e o tiveram; e três esperavam que o parto fosse cirúrgico e aconteceu dessa forma. Chama atenção que a expectativa dessas mulheres, em sua maioria, era por um parto normal e apenas três delas tiveram esse tipo de parto. Os resultados com relação ao tipo de parto vivido refletem a realidade brasileira, nordestina e maranhense, que aponta a maioria dos partos por meio de cirurgia³².

As justificativas escutadas pelas mulheres e trazidas nas entrevistas para a realização da cesariana foram: pouca movimentação do bebê; reduzidos batimentos cardíacos do filho; sofrimento fetal; intenso sangramento vaginal da mulher; e o fato de não haver dilatação suficiente. A partir das observações, foi possível perceber que a equipe utiliza entre

si, as indicações clínicas trazidas nos prontuários. Uma das mulheres da pesquisa, apesar da preferência pela cesariana, referiu não saber o motivo de sua cirurgia:

“[...] eu ainda quero perguntar pra eles o motivo da cesárea, eu ainda não sei. Porque até quando eu cheguei aqui, que eu fui atendida pelo médico, era pra ser normal. Aí ele fez o toque, depois vieram falar que não dava pra fazer cesárea.” (Amélia)

Remetendo-nos às mulheres cuja expectativa era de parto normal mas a vivência foi de uma cesariana, destacamos, a partir da análise das observações, como essa notícia foi dada à mulher. Após a realização de exames e constatação, por parte da equipe, da impossibilidade de um parto normal, algum profissional – nas observações feitas, o(a) médico(a) – sinalizou que a mulher iria ser preparada para ir para o centro cirúrgico. Após dar tal notícia, o(a) médico(a) retira-se e outro profissional auxilia a mulher, preparando-a para levar ao centro cirúrgico. O destaque que fazemos é que ao informar a ida para o centro cirúrgico, não fica claro para a mulher sobre a cesariana. Ela é informada, de forma clara, por essa profissional que a prepara para ir ao centro cirúrgico. A reação observada frente à notícia foi de choro.

Devido à imprevisibilidade do parto, nem sempre é possível para a mulher parir de forma normal devido a complicações de diversas ordens. O desejo pelo parto normal, quando não alcançado, pode implicar nos sentimentos de frustração e incapacidade mobilizados às mulheres por elas mesmas ou pelos acompanhantes²⁷. A presente pesquisa não captou sentimento de incapacidade frente à impossibilidade do parto normal. Além disso, o acompanhante serviu como suporte frente à notícia inesperada, como já referido anteriormente, dando força e coragem à mulher.

Ainda com relação ao tipo de parto, chamamos a atenção para o fato de que todas as mulheres que tiveram parto normal avaliaram de forma positiva a assistência recebida durante o trabalho de parto e parto. De acordo com as falas das mulheres que tiveram parto normal, essa avaliação é baseada na relação estabelecida com a equipe, que informa e acalma a mulher, como a fala abaixo revela:

“Eu adorei a equipe que me acompanhou. Eu não tenho o que falar em nenhum momento da equipe porque foram super paciente, eles foram tudo que eu esperava, foi excelente. Informações, tom vocal, transmissão de tranquilidade, explicando o que tava acontecendo, quais os procedimentos que estavam sendo feitos, o que aconteceria depois, então eu adorei. Não tenho o que dizer da equipe coisas negativas. Eu tô bem contente com o atendimento que eu tive, durante o meu parto. Muito mesmo.” (Leila)

Por sua vez, algumas mulheres submetidas à cesariana avaliaram de forma positiva e outras, de forma negativa, a assistência durante o trabalho de parto e parto. Aquelas que avaliaram de forma positiva, também remeteram-se às informações recebidas, ao acolhimento de qualidade e ao fato de já conhecerem os profissionais. As que avaliaram de forma negativa remeteram-se: à forma como foram acolhidas; e à distinção de informações recebidas quanto à evolução do parto.

Frente aos relatos relacionados à assistência recebida, percebemos que, como aponta a literatura^{33,34}, opiniões positivas com relação à equipe (como uma postura cuidadosa e afetuosa) para com a puérpera são elementos importantes na avaliação positiva da vivência do parto.

Na presente pesquisa, pudemos perceber que o parto normal permitiu uma melhor relação puérpera-equipe, o que implicou em avaliação positiva das mulheres com relação aos profissionais e à própria vivência de parturição. O trabalho de parto e o parto normal são marcados pela dor (tanto na forma de expectativa quanto na forma de vivência), mas as mulheres trazem a relação com a equipe como forte elemento na avaliação que elas fazem do trabalho de parto e parto; relação essa que é capaz de acalmar a mulher e permitir uma experiência de parturição mais tranquila mesmo frente às intensas dores esperadas e vividas.

Às vezes eles já colocam no peito

Nas entrevistas, algumas mulheres trouxeram suas expectativas como desejos, e outras, remeteram-se aos desejos e às expectativas relacionados ao contato pele a pele e à amamentação como elementos distintos, o que pode ser percebido nas seguintes falas:

“Eu esperava que ela [filha] viesse logo para os meus braços [risos e lágrimas]. Eu espero que ela venha logo para os meus braços [...] Não sei [se é possível]... Eu não sei [enxugando as lágrimas]. [...] Bom, eu espero que seja assim.” (Leide)

“Já imagino é, tendo ela e já em cima de mim, né? [...] colocando nos meus braços e eu poder amamentá-la, entendeu? O que eu quero e o que eu desejo. [...] espero que seja logo depois que teve, fez, limpou, tudinho, que eles me dêem logo [risos].” (Amélia)

As falas refletem uma incongruência entre o desejo dessas mulheres e aquilo que elas percebem como possível e real para o momento do nascimento do filho. Apesar de o desejo de ter o filho próximo e amamentá-lo logo quando nasça refletir uma prática demonstradamente útil e baseada em evidências científicas⁸, devendo, assim ser estimulada principalmente pela equipe assistencial, o contato pele a pele e a amamentação imediatamente após o nascimento

não comparecem como uma certeza para a maioria das mulheres da pesquisa, mesmo que isso reflita um desejo das mesmas. Assim, cabe o questionamento se os benefícios dessas práticas são explorados durante o pré-natal, momento potente para um movimento de empoderamento dessa mulher que, em breve será mãe ou terá um novo bebê.

A maioria das mulheres dessa pesquisa trouxe limpeza, aspiração, identificação e mensuração de peso e estatura do bebê como “*procedimento normal e certo*” que “*pode demorar muitas das vezes, não tem jeito*” (Sofia). Tais procedimentos estão nas expectativas dessas mulheres como postergando o contato pele a pele e amamentação:

“*Mostram depois de tirar, aí levam pra fazer os procedimentos [...], desobstrução das vias aéreas obstruídas, limpeza, pesagem, identificação.*” (Sofia)

“*[...] que limpe ela, cortar o umbigo, essas coisas e traga logo ela. [...] do jeito que eles quiserem, do jeito que for correto.*” (Darcy)

Por serem práticas distantes do conhecimento, há uma naturalização que antes do contato pele a pele com a mãe, o bebê precisa ser submetido a procedimentos de rotina. Esse resultado reflete que não apenas no pré-natal, mas na cena de parto e nascimento figura o cuidado biológico em detrimento a um cuidado integral da mulher e do bebê. Tais elementos foram trazidos sobre o contexto do pré-natal¹⁹ mas, na presente pesquisa, identificamos também no cuidado no parto e nascimento.

Seria importante que durante o pré-natal fossem abordadas recomendações do Ministério da Saúde, que elenca os seguintes elementos para estimular o contato pele a pele até uma hora após o nascimento: a redução de risco de hipotermia do RN e o início da amamentação³⁷.

Acreditamos que o ideal seria uma mudança, inclusive, de nomenclatura, em que a rotina seria entendida como o contato pele a pele e o estímulo à amamentação imediatamente após o parto, deixando o que hoje entende-se como procedimentos de rotina para um segundo momento nas situações em que o estado da mãe e do bebê após o parto e o nascimento permita esse encontro o mais cedo possível.

Algumas das mulheres participantes da pesquisa construíram suas expectativas relacionadas ao momento imediatamente após o nascimento do(a) filho(a) a partir de vídeos, pesquisas realizadas por conta própria, das experiências anteriores delas mesmas ou de outras mulheres de suas redes de relações e de cartazes fixados na Maternidade:

“[...] muitos vídeos que eu vejo eles já mostram logo pra mãe, depois vão fazer aqueles procedimentos normais: limpeza, etc. [...]. Mostram depois de tirar, aí levam pra fazer os procedimentos.” (Sofia)

“Foi [...] o que eu vi e o que eu li, em alguns lugares. Eu pesquisei, aí eu vi [...] que vão limpar o bebê, que vão pesar, colocar aquela identificação, a pulseira pra poder levarem e tudo, e vão limpar ele, aí leva pra mãe, pra mãe poder alimentar, e só.” (Risoleta)

“Algumas amigas me dizem que não [...], que eles não entregam logo, que primeiro eles fazem [...] todo procedimento, depois vai lá, limpar, depois você recebe... E algumas disseram que não, que a partir do momento que ela [filha] sai, às vezes eles já colocam... Se ela [...] não nasceu com alguma coisa [...] você pode colocar logo ela no peito, de uma forma normal.” (Leide)

“Nas minhas outras gestações, foi assim: depois que a gente foi pro quarto, logo que a gente foi pro quarto, a enfermeira veio pra botar ela pra mamar [...] eu penso assim: se for diferente, [...] eu quero que corra tudo bem, que ela vá pro quarto comigo, quando chegar lá mamar logo” (Catarina)

“Acho que eles vão botar [...] no colo. É um estímulo pra criança, tá entendendo? [...] pro leite materno, né? Porque eu também já ouvi dizer, já li aqui, que é a primeira vacina da criança é o leite materno, então, é tipo aquele estímulo pra criar o vínculo filho-mãe, entendeu? Pra que o leite comece também. Eu acho que é mais ou menos isso. Eu não saberia te explicar, mas é mais ou menos isso. [...] também [já vi] em matéria de jornais, essas coisas assim[...]. Bem ali na frente tem “Amamentar é...”... Não sei se tu já viu, já reparou que tem ali nas paredes? Que diz alguma coisa assim[...]. Já li. Todas as vezes que eu venho, eu leio.” (Conceição)

As “narrativas midiáticas”²⁸ e os relatos de membros da rede de relações e na vivência anterior enquanto grávida e parturiente^{2, 18, 28, 35} comparecem na literatura como elementos implicados na construção de expectativas relacionadas ao parto e nascimento.

As atividades de educação em saúde são importantes para a autonomia da gestante, havendo destaque para os benefícios das atividades em grupo em detrimento à leitura de cartazes³⁶. A partir da observação do fluxo das consultas de pré-natal, percebemos que existe a possibilidade de realização de atividades (aulas de preparação para o parto e grupos educativos ou de apoio) durante o momento de espera, visto que são ferramentas poderosas no esclarecimento de dúvidas^{5, 2}.

Destacamos que algumas informações obtidas por essas mulheres a partir das diversas fontes citadas podem não corresponder às práticas benéficas para a mulher e o bebê, cabendo aos profissionais do pré-natal a função de desconstruir expectativas que não estejam baseadas no que é seguro para o parto e nascimento, evitando, como pontua a literatura³⁵ a internalização de práticas incorretas e da experiência de partos complicados.

Ao remetermo-nos às entrevistas após o parto e às observações participantes, percebemos que as mulheres que puderam vivenciar uma aproximação do filho após o parto foram aquelas que tiveram parto normal. Elas avaliaram de forma positiva essa experiência, destacando os sentimentos de felicidade e de confirmação da maternidade:

“Aí foi que ele nasceu... Aí colocou ele em cima de mim [...] foi rapidinho. Foi só pra pegar minha quentura mesmo, meu cheiro [...] ele tava totalmente sem roupa e eu também [...], pegaram ele, antes de cortar o cordão e botaram aqui em cima de mim, aí ficou passando ele aqui em cima de mim, esfregando ele, aí depois que tirou [...] Eu chorei tanto, fiquei tão feliz quando colocaram ele em cima de mim! Eu tava com tanta dor, mas na mesma hora que ele nasceu, passou tudo. Uma felicidade que não tem tamanho” (Regina)

“Colocaram meu filho em cima de mim e eu abracei, eu apertei [...] Tinha um paninho, né? Entre mim e o meu filho e por cima também, aí deixavam só o rostinho pra mim ver[...] ‘Meu Deus, é verdade, é meu’. Um sentimento de posse mesmo que eu senti. E de... Tantas coisas boas.” (Leila)

Os resultados assemelham-se à literatura³⁸ ao afirmar que a aproximação entre mãe e bebê imediatamente após o parto é positiva por despertar sentimentos favoráveis na puérpera e estimular o vínculo. O contato pele a pele permite o reconhecimento do filho enquanto seu por parte da mãe³⁹, como trazido na fala de Leila.

De acordo com os relatos, pudemos identificar ainda que o tempo do contato pele a pele na primeira hora de vida foi entre cinco e dez minutos, tendo sido interrompido nas seguintes situações: necessidade de intervenções com o recém-nascido, limpeza do bebê ou para sutura da mulher. Merece destaque o fato de a interrupção das práticas não ter se dado por pedido da mulher e sim por intervenções da equipe assistencial. O tempo relatado pelas mulheres foi inferior aos 12 minutos de contato pele a pele trazido pela literatura⁹.

Merece destaque, ainda, a reflexão acerca dos procedimentos “de rotina” e “iatrogênicos”, que devem ser evitados a fim de garantir a proximidade da mãe e do recém-nascido para permitir que a díade experiencie as boas práticas nos princípios da humanização do parto e nascimento⁸.

Percebemos, ainda, que mesmo aquelas mulheres que experienciaram o contato pele a pele com o filho não o fizeram de acordo com as recomendações da Rede Cegonha^{8,40}, visto que em dois dos três casos, bebê e/ou mulher estava(m) envolto(s) em lençol, além de ter o tempo referido da prática abaixo do esperado, com posterior separação da mãe de seu bebê. Esses resultados contradizem os achados da literatura⁴¹, que referiram que parto normal, nascimento na capital e em maternidades vinculadas à Iniciativa Hospital Amigo da Criança são variáveis que reduzem a chance de separação mãe-bebê após o parto.

Com relação às nove mulheres submetidas à cesariana, nenhuma vivenciou o contato pele a pele imediatamente após o parto, restando, para a maioria, um contato visual com seus filhos:

“Assim que ela nasceu aí eles mostram, né? Aí vai pra fazer os procedimentos com o bebê.” (Sofia)

Esse resultado não corresponde às recomendações da Rede Cegonha⁸ que busca garantir o contato pele a pele e a amamentação, sempre que possível, ainda na primeira hora de vida.

No presente estudo, nenhuma das mulheres submetidas à cesariana experienciou o contato pele a pele ainda na sala de parto. A relação entre parto cesariano e a reduzida realização de contato pele a pele é apontada por estudos anteriores^{41, 42}.

Merece destaque o fato de que as mulheres desse estudo têm em suas representações, após o parto, que a cesariana entrava o contato cutâneo imediatamente após o parto, como relataram as mulheres:

“No parto normal a gente [...] ia se aliviar depois sentindo ela nos braços e vendo também, porque nunca colocam um pano na frente da gente, a gente ia ver, na hora, no momento que nascesse [...] Eu acho que seria diferente. No caso da cesariana é como você chupar um pirulito com papel e tudo [Risos].” (Bárbara)

A partir desses relatos e das motivações para o parto normal durante a gravidez por parte dessas mulheres, pudemos identificar que a cesariana só foi percebida como dificultando o contato pele a pele após essas mulheres terem passado pela experiência de parturição. Para que o contato pele a pele e outras práticas humanizadas ao parto e nascimento pudessem compor as expectativas das mulheres, informações adequadas no pré-natal e realização do plano de parto, seriam fundamentais^{3, 6}. Destacamos que, das participantes do estudo, nenhuma trouxe o plano de parto como uma realidade durante o pré-natal.

Ressaltamos que, após o nascimento por cesariana, a separação mãe-bebê foi justificada por procedimentos considerados de rotina como limpeza, oxigenoterapia, pesagem e mensuração de estatura do recém-nascido, o que confirma as próprias expectativas durante a gestação:

“Eu só ouvi que o neném tinha ido pra sala de oxigênio e que a cirurgia tinha acabado.” (Esperança)

“Aí depois [de mostrarem o bebê à mulher] eles disseram: ‘tem que ir lá, enrolar no paninho, pesar, medir, limpar. Se tiver alguma coisa...’. Aquela primeira avaliação, não pode já entregar aqui porque eu não sou, eu não tenho aquela noção de muita coisa, então eles que tem mais experiência, vai lá olhar e depois traz” (Catarina)

Assim como exposto por estudo anterior⁵ a presente pesquisa traz que a interação entre a mãe e o bebê foi obstruída por procedimentos considerados de rotina. Esse resultado

permite que dialoguemos, ainda, com outros achados³⁸ e discutamos que hospitais credenciados como Amigos da Criança ainda sustentam práticas tecnicistas, preconizando uma rotina que prioriza cuidados imediatos ao recém-nascido, mesmo quando não há indicação de procedimentos imediatos.

Considerando o percurso da pesquisa, percebemos que o cuidado biológico é uma característica que marca o cuidado obstétrico (durante o pré-natal, trabalho de parto e parto) e neonatal (imediatamente após o nascimento). Entendemos que cuidar para além do biológico, incluindo um cuidado afetivo, permite uma aproximação do cuidado integral à mulher e ao bebê, elemento trazido pela Rede Cegonha⁸, ao defender o estímulo ao bem-estar físico e emocional durante o parto e após o nascimento.

As falas das mulheres e as observações realizadas permitiram identificar que o primeiro contato físico entre a mãe e o bebê após o nascimento cirúrgico se deu na Sala de Recuperação, em sua maioria, entre uma e duas horas após o parto, seguido pela amamentação. Vale ressaltar que esses encontros foram marcados por mulher e bebê vestidos, com pano entre eles, o que não se configura como contato pele a pele de acordo com as recomendações⁴⁰.

Os resultados da presente pesquisa são congruentes com os achados da literatura⁴¹, que trouxeram que a amamentação apresenta piores resultados de implementação quando comparados ao contato pele a pele imediatamente após o parto. Consideramos que, se a prática do contato pele a pele é reduzida na realidade estudada, a amamentação também é uma prática pouco realizada, uma vez que o contato pele a pele estimula o início da amamentação³⁷.

A primeira mamada foi marcada, ainda, por uma passividade reconhecida pelas mulheres, principalmente nos casos de cesariana, em que a puérpera pouco podia se movimentar devido à anestesia:

“Não podia pegar nela, porque eu tava me recuperando da anestesia, então eu não podia me movimentar muito [...] aí colocaram ela pertinho de mim e disseram: ‘a bebê vai amamentar’, ela deitadinha aqui do meu lado e puxaram meu seio pra ela amamentar, não foi eu.” (Bárbara)

As observações permitiram confirmar as falas das mulheres, uma vez que o filho era trazido e colocado “*de ladinho*” (Bárbara), sem haver o contato visual frente à impossibilidade de se movimentar. Tal situação implicou numa impotência da mulher na primeira mamada, destituindo-lhe o papel de protagonista nessa ação. Esse resultado evidencia uma falha na implementação da Rede Cegonha, que busca, entre outras formas de humanizar a assistência, reposicionar a mulher enquanto sujeito partícipe do processo vivido por ela⁴³.

Pudemos perceber um fazer mecânico por parte da equipe, que não inclui a mulher nas decisões, como a fala abaixo traduz:

“Me entregaram ele, que tava aparecendo só o rostinho. Um panão lá, grossão. Aí eu disse: ‘Ah, esse pano tá muito grosseiro’, aí tirei, enrolei ele e deixei a cabeça dele todinha do lado de fora, pra eu ficar olhando ele. Aí ela [profissional] falou que era pra eu dar peito pra ele deitada. Só que eu disse: ‘e u não sei nem sentada, imagine deitada’. Eu levantei, sentei na beirada da cama e dei o peito pra ele. Aí ela disse: ‘Mãezinha, não pode ficar assim’. Aí eu disse: ‘Ah, mas deitada eu não consigo dar peito pra ele, não. Se ele se engasgar aqui, até eu me levantar...’. Eu dei pra ele foi sentada. Toda hora eles ia lá pra ficar me vigiando.” (Regina)

A participação da mulher na primeira mamada foi algo imposto por ela própria, não uma oferta da equipe assistencial, que mostrou uma postura mecanicista no fazer (enrolar os bebês e entregar às puérperas) e no falar (ao remeter-se à mulher como “*mãezinha*”). Algumas práticas após o parto são realizadas de forma mecânica, o que deve ser revisto pela equipe a fim de possibilitar à mulher autonomia e permitir que ela tenha uma experiência única³⁹.

Considerações finais

Ressaltamos, na presente pesquisa, que as práticas foram estudadas em uma maternidade-escola, que embasa o conhecimento e a prática dos profissionais em processo de formação. Merecem destaque, ainda, os fatos de a instituição ser credenciada como Hospital Amigo da Criança e ser Centro de Apoio para as boas práticas de parto e nascimento da Rede Cegonha. Tais credenciais levam à expectativa de uma assistência à mulher e ao bebê diferente das escutadas e observadas.

Percebemos que, apesar das ações a nível nacional que estimulam as boas práticas ao parto e nascimento, a implementação das mesmas ainda apresenta muitos desafios. O percurso desta pesquisa sinalizou que as falhas iniciam-se no pré-natal, que não constitui-se como um espaço de construção de expectativas que reflitam as práticas humanizadas baseadas em evidências científicas. O desconhecimento implica na impossibilidade de que mulher e seus familiares exijam o cumprimento de práticas já comprovadas como seguras, benéficas e protetoras para mulher e bebê. Assim, o percurso da pesquisa demonstrou uma preocupação com o cuidado biológico em detrimento a um cuidado afetivo e relacional, o que distancia mulher, família e bebê de experienciarem um cuidado integral.

Abstract

Introduction: Good practices towards parturition and birth are recommendations based on scientific evidence of researches performed in different countries, which are the foundation for the work of Rede Cegonha, which aims to promote humanized and qualified care, in addition to giving women the chance of having a safe and positive experience during pregnancy, parturition and birth. Among the notable and proved practices, which must be stimulated during labor, parturition and post-parturition we shall highlight: the free will companion during labor, parturition and post-parturition; the skin-to-skin contact between mother and child and the breastfeeding as precocious practices developed, preferably, in the first hour of the newborn life. **Objectives:** To analyze the expectations and experiences of women during parturition and birth. **Method:** Qualitative research in three phases: prenatal interview; the observation of parturition; interview during puerperium. For database analysis, Contest Analysis in the Theme modality was used. **Results and discussion:** Eighteen women in the prenatal phase were interviewed. Among them, twelve were interviewed during puerperium and four were observed during parturition. The categories highlighted in the research were: Too many doctors, no bonding; An individual of the family would bring us another perspective from the birth room; The kind of parturition expected and the kind of parturition experienced; Sometimes they already put on the chest. Among the practices studied, the free will companion was the nearest recommended by the good practices during parturition and birth. On the other hand, breastfeeding showed the worst results. **Final considerations:** Despite the actions on national levels, that aim to encourage the implementation of good practices during parturition and birth, those practices still presents many challenges.

Key-words: Pregnants, humanized parturition, Non-precocious birth, Knowledges, Behavior and health practices.

Resumo

Introdução: As boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento são recomendações baseadas em evidências científicas de pesquisas realizadas em diversos países e ancoram a formulação das ações da Rede Cegonha, que visa promover assistência humanizada e de qualidade, além de possibilitar às mulheres experiências seguras e positivas durante a gravidez, o parto e o nascimento. Dentre as práticas demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto destacamos: o acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, parto e pós parto; e o contato pele a pele entre a díade mãe-bebê e a amamentação como práticas precoces, desenvolvidas, de preferência, na primeira hora de vida do recém-nascido. **Objetivos:** Analisar as expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e do nascimento. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada em três fases: entrevista no pré-natal; observação do parto; e entrevista no puerpério. Para análise dos dados foi utilizada Análise de Conteúdo na modalidade Temática. **Resultados e discussão:** Foram entrevistadas 18 mulheres na fase do pré-natal. Dessas, 12 foram entrevistadas no puerpério e 4 foram observadas durante o parto. As categorias encontradas foram: Muitos médicos, pouco vínculo; Uma pessoa da família seria o outro olho da gente; Parto esperado e parto vivido; Às vezes eles já colocam no peito. Das práticas estudadas, o acompanhante de livre escolha foi a que se apresentou mais próxima do preconizado pela RC. Por sua vez, a amamentação apresentou os piores resultados no estudo. **Considerações finais:** Apesar das ações a nível nacional que estimulam as boas práticas ao parto e nascimento, a implementação das mesmas ainda apresenta muitos desafios.

Palavras-chave: Gestantes; Parto humanizado; Nascimento a termo; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

Referências

1. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini, CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005; 18: 247-254.
2. Ferreira LA, Silva JAJ, Zuffi, FB, Mauzalto, ACM, Leite CP, Nunes JS. Expectativa das gestantes com relação ao parto. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2013; 5: 3692-3697. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2057/pdf_758.
3. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2002; 10: 667-674.
4. Morgado CML, Pacheco COC, Belém CMS, Nogueira MFC. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*. 2010; 12: 17-27.
5. Boaretto MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
6. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10: 699-705.
7. Dias MAB; Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro: os desafios de uma política de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22: 2647-2655.
8. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. 2011.
9. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006; 19: 427-432.
10. Nagahama EI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24: 1859-1868.
11. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32: 479-486.
12. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e ao nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2010; 4: 105-117, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>.
13. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30: S17-S47.
14. World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. 1986.
15. Ribeiro, JLP. Investigação e avaliação em Psicologia e saúde. 2. ed. Lisboa: Placebo; 2010.

16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27: 389-394.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 18: 1303-1311.
19. Lamy ZC, Reinaldo AMS, FERNANDES LP, Mochel EG. O olhar das mulheres: vivendo a gravidez e o parto. In: Alves MTSSB, Silva AAM (organizadores). *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luís: Gráfica Universitária – UFMA. 2000. p. 56-63.
20. Mehry EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE. (Organizadores). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã. 1998. p. 103-120
21. Diniz CSG, D’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014. 30: S140-S153.
22. Brasil. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. *Diário Oficial da união* 2005; 8 abr.
23. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC.et.al.. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. *Cogitare enfermagem*. 2011; 16: 247-253.
24. Storti JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. [Dissertação de Mestrado].Ribeirão preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.
25. D’orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30: S154-S168.
26. Vieira LM, Diagostim S. Expectativas do parto: um enfoque biopsicossocial. [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.
27. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003; 19: S419-S427.
28. Melchiori LB, Maia, ACB, Bredariolli RN, Hor RI. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. *Interação em Psicologia*. 2009; 13: 13-23.
29. Tedesco RP, Maia Filho NL, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis FI. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2004; 26: 791-798.
30. Brasil. Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016. 2016.
31. Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D’Orsi E, Reis ACGV. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19: 1611-1620.
32. DATASUS. Nascidos vivos – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

33. Queiroz MV, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto e Contexto – Enfermagem*. 2007; 16: 479-487.
34. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto e Contexto – Enfermagem*. 2012; 21: 458-466.
35. Oliveira KKD, Santos ALD, Fernandes APHS, Fernandes APNL, Rosário SSD, Monteiro AI. Concepção das nulíparas sobre o trabalho de parto e parto. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2012; 4: 2627-2635. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1832/pdf_603.
36. Santos RLB, Prestes M, Meincke SMK, Soares MCS, Corrêa ACL, Alves CM. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. *Revista de enfermagem da UFSM*. 2015; 5: 628-637.
37. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS – Volume 4 – Humanização do Parto e do Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
38. D’artibale EF, Bercini, LO. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. *Texto e Contexto – Enfermagem*. 2014; 23: 109-117.
39. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro, AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67: 202-207.
40. UNICEF. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - módulo 1: histórico e implementação*. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
41. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30: S128-S139.
42. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; 25: 281-290.
43. Rattner, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2014; 8: 103-108, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460/1314>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que a forma como o serviço estudado (maternidade-escola) é estruturado prejudica e por vezes, inviabiliza, o vínculo entre os profissionais de saúde e as gestantes devido à intensa rotatividade dos profissionais entre os setores da Maternidade, o que leva à constante troca de médico ao longo do pré-natal, que recorrem ao computador para conhecer a história da gestante, o que comparece como queixa dessas mulheres.

Entendemos que essa organização institucional é pensada para dar conta da formação profissional, mas impacta de forma negativa na assistência. O reduzido vínculo dificulta o compartilhamento de dúvidas, medos e inseguranças por parte da gestante, bem como o acolhimento dela pela equipe e a relação de segurança e intimidade, distanciando o pré-natal de um espaço de escuta clínica.

Frente a esse cenário, muitas das expectativas trazidas pelas mulheres são construídas a partir de experiências anteriores (delas próprias ou de mulheres das suas redes de relações), vídeos e leituras, sendo a internet um potente recurso utilizado por elas. Esse cenário aponta para uma falha no papel informativo do pré-natal, que assume o lugar de um cuidado biológico em detrimento de um cuidado integral.

Destacamos que a intensa rotatividade não implicou em uma avaliação negativa por parte das mulheres da assistência por elas recebida. Entendemos que isso reflete uma ênfase à saúde física, em que o importante é a realização de exames. No entanto, é incongruente com a proposta de assistência integral.

O pré-natal a partir da 36ª semana de idade gestacional é marcado por consultas semanais, o que leva a uma mudança na relação médico(a)-gestante, visto que existe a possibilidade de que o(a) mesmo(a) profissional acompanhe o fim da gestação.

Os discursos sobre a assistência recebida durante o trabalho de parto e parto oscilaram entre bom acolhimento e insegurança na equipe, o que leva à reflexão de que a forma que a assistência é prestada depende da equipe de plantão.

Identificamos que, apesar do desejo das mulheres pela presença de um(a) acompanhante de livre escolha, essa prática pouco comparece nos discursos como um direito.

As expectativas das mulheres eram pelo acompanhante em alguns momentos do parto, elencando a mãe ou o companheiro como as principais figuras. Ambas as expectativas foram confirmadas após a vivência do parto. Destacamos que a experiência da parturição foi compartilhada, em sua maioria, com a mãe da parturiente.

No processo de escolha do(a) acompanhante, a gestante considera o questionamento se tal pessoa tem capacidade emocional e física para ser acompanhantes, principalmente uma figura do sexo masculino, demarcando a cena de parto como um lugar feminino.

As expectativas quanto às funções do acompanhante revelaram: possibilitar melhor assistência; garantir a segurança da mulher e do recém-nascido, evitando a troca ou o roubo do bebê; e atender aos pedidos da mulher.

Imediatamente após terem passado pelo parto, as mulheres delegaram ao acompanhante a função de acompanhar o bebê após a separação da díade mãe-bebê. Essa função do acompanhante é congruente com o medo de que o filho seja trocado ou roubado. A separação implicou, ainda, no acompanhante atualizar a mulher acerca do recém-nascido. Compareceu também como função do acompanhante auxiliar na primeira mamada, principalmente após nascimento cirúrgico.

Após vivenciarem o parto, transmitir força e coragem durante o trabalho de parto e parto normal também foram funções das acompanhantes do sexo feminino, o que reforça a cena de parto como um espaço feminino. Acalmar, passar confiança e segurança, evitar a solidão da parturiente e comunicar-se com a equipe também foram trazidas como funções do acompanhante após a experiência do parto.

As expectativas da maioria das mulheres remeteram-se a um parto normal devido à representação do pós-parto da cesariana, tido como mais demorado e dolorido, bem como o medo de cirurgia. No entanto, durante a vivência do trabalho de parto e as intensas dores implicadas, as parturientes referiram felicidade ao receberem a notícia da impossibilidade do parto normal, o que reflete o despreparo para o processo de parir, recaindo, mais uma vez, na falha de um elemento que poderia ter sido trabalhado no pré-natal. A relação de confiança depositada na equipe durante o trabalho de parto e no parto normal permitiu que a experiência fosse mais tranquila para a parturiente.

Das mulheres que referiram preferência pelo parto cirúrgico, a possibilidade de laqueadura foi a principal justificativa trazida por elas. A maioria das mulheres do estudo não experienciou a via de parto que esperava. Identificamos os sentimentos de tristeza, frustração e decepção pela expectativa de parto não alcançada.

Identificamos que as mulheres que tiveram parto normal avaliaram a assistência recebida de forma positiva. Analisamos que esse resultado se dá pelo fato de que o parto normal permitiu uma relação mais próxima e de melhor qualidade entre parturiente e equipe, o que foi capaz de acalmar a mulher e permitir uma experiência de parturição mais tranquila mesmo frente às intensas dores esperadas e vividas. Já das mulheres que tiveram cesariana, algumas avaliaram a assistência de forma positiva e outras, de forma negativa.

Apesar do intenso desejo de terem seus filhos nos braços logo após o nascimento, as mulheres trouxeram em suas expectativas os procedimentos de rotina como entraves para que tal desejo se concretizasse, postergando o contato pele a pele e a amamentação. Destacamos que a vivência da cesariana confirmou as expectativas das mulheres, visto que os procedimentos de rotina impossibilitaram o contato pele a pele e a amamentação imediatamente após o parto, restando-lhes um breve contato visual com o(a) filho(a) com posterior separação mãe-bebê.

Por sua vez, o parto normal mostrou aproximar mulher e recém-nascido de vivenciarem o contato pele a pele imediato. No entanto, a utilização de panos e o tempo da prática (entre cinco e dez minutos) são elementos que merecem atenção. O parto normal não permitiu à díade mãe-bebê experimentar a amamentação imediatamente após o parto. Destacamos que a amamentação imediata foi a prática com piores resultados, acontecendo na Sala de Recuperação, entre uma e duas horas após o parto.

Ressaltamos, na presente pesquisa, que as práticas foram estudadas em uma maternidade-escola, que embasa o conhecimento e a prática dos profissionais em processo de formação. Merece destaque, ainda, o fato de a instituição ser credenciada como Hospital Amigo da Criança e ser Centro de Apoio para as boas práticas de parto e nascimento da Rede Cegonha. Tais credenciais levam à expectativa de uma assistência à mulher e ao bebê diferentes das escutadas e observadas.

A presente pesquisa trouxe que, apesar das ações a nível nacional que estimulam a implementação das boas práticas ao parto e nascimento, tais práticas mostram pouca evolução quando comparadas a estudos anteriores. O percurso desta pesquisa sinalizou que as falhas iniciam-se no pré-natal, que não constitui-se como um espaço de construção de expectativas que reflitam as práticas humanizadas baseadas em evidências científicas.

O desconhecimento implica na impossibilidade de que mulher e seus familiares exijam o cumprimento de práticas já comprovadas como seguras, benéficas e protetoras para mulher e bebê. Destacamos que a implementação de tais práticas devem ocorrer independente

do conhecimento e exigência das mulheres para que sejam realizadas. No entanto, tal exigência refletiria o protagonismo da mulher no processo de parturição.

REFERÊNCIAS

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

BARBOSA, G. P et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez., 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEDIN, D. M et al. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n.4, p. 1397-1407, out./dez. 2014.

BOARETTO, M. C. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS – Volume 4 – Humanização do Parto e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 467 p.

BRASIL. **Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HU- UFMA**. Brasília: EBSEH. 2013b. 27p.

BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. 2011a. 45 p.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 82 p.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, 12 p.

BRASIL. **Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016

BRASIL. **Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. **Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. **Portaria Nº 1459**. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b, 28 p.

BRAZELTON, T. B. **Tornar-se família**: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar, 1992.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, jan./mar. 2013.

CHAPARRO, C. M.; LUTTER, C. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Panamericana de Saúde. 2007.

CORREA, S. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 10, n. 1/2, p. 3-12, 1993.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl., p. S154-S168, 2014.

D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n 1, p. 109-117, 2014.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro: os desafios de uma política de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup. p. S140-S153, 2014.

FERREIRA, L. A, et al. Expectativa das gestantes com relação ao parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 5, n. 2, 2013, p. 3692-3697. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2057/pdf_758 >. Acesso em: 20 jul. 2016.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

GOMES, R. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 45p.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2002, p. 1303-1311.

LAGO, T. D. G.; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 151-170.

LAMY, Z. C. et al. O olhar das mulheres: vivendo a gravidez e o parto. In: ALVES, M. T. S. S. B.; SILVA, A. A. M. (Orgs.). **Avaliação de qualidade de maternidades**: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Gráfica Universitária – UFMA. 2000. p. 56-63.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. I, p. S17-S47, 2014.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da Saúde**, v. 3, n. 6, p. 31-36, 2002.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, nov./dez., 2010.

MEHRY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã. 1998.

MELCHIORI, L. B. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MINAYO, M. C. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 61-77

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paula, v. 19, n. 4, 2006, p. 427-432.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S128-S139, 2014.

MORGADO, C. M. L. et al. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. **Revista Referência**, Coimbra, II Série, ed. 12, p. 17-27, 2010.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). **The Cochrane Collaboration**. 2009.

NAGAHAMA, E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, ago. 2008.

OLIVEIRA, A.S.S., et.al.. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare enfermagem**, v. 16, p. 247-253, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, K. K. D. et al. Concepção das nulíparas sobre o trabalho de parto e parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 4, n. 3, 2012, p. 2627-2635. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1832/pdf_603 >. Acesso em: 20 jul. 2016.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, set./out. 2002, p. 667-674.

OMS. **Baby friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrate care. Section 1, Background and Implementation. 2009.

OMS. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

OMS. **Young People's Health – a Challenge for Society**. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986

OSIS, M. J. M. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção**. 1994. 192 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 14, supl. 1, p 25-32, 1998.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e ao nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RATTNER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 103-108, 2014. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460/1314>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009.

RIBEIRO, J. L. P. **Investigação e avaliação em Psicologia e saúde**. 2. ed. Lisboa: Placebo, 2010.

SALES, L. M. M. A “loucura” das mães: do desejo à realidade do filho. In: ROHENKOHL, C. M. F (Org.). **A Clínica com o Bebê**, São Paulo: Casa do Psicólogo 2000, p. 27-35.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-290, abr./jun., 2016.

SANTOS, L. M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 202-207, mar./abr., 2014.

SANTOS, R. L. B. et al. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Revista de enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 628-637, 2015.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 3, jul./set. 2003, p. 261-268.

SCOCHI, C. G. S. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. 2. reimpressão. São Paulo: Cortez . 2007.

SILVA, L. G.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. Histórias, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2005.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

STORTI, J. P. L. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto**: expectativas e vivências do casal. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de

enfermagem de Ribeirão Preto – Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TEDESCO R.P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.10, p.791-798, 2004.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, p. S419-S427, 2003.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 78 p.

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINS, C. P.; MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface – Comunicação, Saúde, educação**, Botucatu, v. 18, supl. I, p. 997-1011, 2014.

VICTORA, C. G et al. **Maternal and child health in Brazil**: progress and challenges. 2011.

VIEIRA, L. M.; DIAGOSTIM, S. **Expectativas do parto**: um enfoque biopsicossocial. 1993. 39 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

APÊNDICE A – Questionário

Identificação	Número de identificação	
	Nome	
	Endereço	
	Telefones	
Sociodemográficas	Idade	
	Escolaridade	
	Ocupação	
	Renda mensal	
	Estado civil	
	Raça	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena
Cultural	Religião	
Obstétricas	Planejamento da gravidez	☐ Sim ☐ Não
	Número de consultas de pré-natal	
	Número de gestações	
	Paridade	
	Abortos	
	Medicamento para induzir o parto	☐ Sim ☐ Não Qual? _____
	Tipo de parto	☐ Normal ☐ Cesariano
Neonatais	Idade gestacional	_____ semanas _____ dias
	Sexo	☐ Feminino ☐ Masculino

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada para o pré-natal

Fale sobre sua gravidez

(Questões relacionadas à gravidez: recebimento da notícia; planejamento; pensamento e/ou tentativa de aborto)

Fale sobre o seu pré-natal

(Orientações recebidas, relação com os profissionais, sentimentos)

Fale sobre as expectativas em relação ao RN

(Como imagina o filho)

Fale sobre as expectativas em relação ao parto

(O que vem à mente ao pensar no parto, o que espera que aconteça, sentimentos)

Fale sobre as expectativas do nascimento do seu filho

(Como espera que seja esse momento)

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semi-estruturada para o puerpério

Fale sobre como foi o seu pré-natal
(Orientações recebidas, relação com os profissionais, sentimentos)

Como foi o início do trabalho de parto – antes da chegada no hospital
(O que passou pela cabeça, os sentimentos envolvidos, quem a acompanhava, o que levou à decisão de ir para o hospital)

Fale sobre a chegada ao hospital
(Com quem chegou, se esse foi o primeiro hospital procurado, como foi acolhida pelos profissionais)

Fale sobre o momento da internação
(Orientações recebidas, acolhimento)

Fale sobre o trabalho de parto
(Orientações recebidas antes e durante o trabalho de parto, a relação com a equipe, se estava acompanhada por algum conhecido)

Fale sobre o momento que você percebeu que o teu filho ia nascer.
(Percepção materna ou comunicação pela equipe)

Fale sobre o momento do parto
(Sensações e sentimentos, relação com a equipe)

Falar sobre o acompanhante.
(Como foi ter um acompanhante)

Fale sobre o primeiro contato com o bebê
(Quando aconteceu, como aconteceu, sentimentos)

Fale sobre a amamentação.
(Quando e como aconteceu, sentimentos despertados)

Falar sobre a relação entre as expectativas e as experiências sobre o parto.
(Como a mulher esperava que seria o parto e como os eventos aconteceram para ela. Participação da equipe durante o momento)

Falar sobre as expectativas e as experiências com relação ao nascimento do bebê.
(Se o nascimento aconteceu como ela esperava).

APÊNDICE D – Roteiro de observação participante

Observar o ambiente físico e relacional do cenário do parto e nascimento
(Possibilidade de caminhar, beber água, luminosidade, temperatura, porta aberta ou fechada, profissionais na cena e os que transitam – quantos e como -, posicionamentos da equipe direcionados à mulher e aos demais membros da equipe sobre a mulher e o bebê, atitudes da equipe).

Observar atitudes da gestante e do(a) acompanhante, se presente na sala de parto.
(Pedidos da mulher e do(a) acompanhante)

Observar as práticas realizadas pela equipe assistencial.
(Descrever as práticas: contato pele a pele entre a díade mãe-bebê e aleitamento materno - relatando hora, duração, falas e atitudes que facilitem a compreensão)

Observar os motivos de interrupção do contato pele a pele e/ou da amamentação na sala de parto.

Observar os motivos de não realização do contato pele a pele e/ou da amamentação na sala de parto.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, na pesquisa intitulada **ENTRE O ESPERADO E O VIVIDO: EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO AO MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO**. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Entre o esperado e o vivido: expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento.

Instituição/Programa: Universidade Federal do Maranhão/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Pesquisadora responsável: Prof.^a Dra. Zeni Carvalho Lamy

Telefones para contato: (98) 981854565 / 32350084

Endereço da Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Rua Barão de Itapary, nº 155. Centro. São Luís-MA.

Pesquisadores participantes: Prof.^a Dra. Zeni Carvalho Lamy, Prof.^a Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves e Alice Parentes da Silva Santos

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão: Rua Barão de Itapary, nº 227, quarto andar. Centro, São Luís-MA. CEP-65.020-070. Telefone (98) 2109 1250.

A pesquisa que você está convidada a participar tem por objetivo analisar expectativas e experiências de mulheres em relação ao parto e nascimento. Para alcançar tal objetivo serão realizadas 2 (duas) entrevistas: uma no pré-natal e outra no durante a internação pós-parto. A pesquisa também se propõe a realizar observação no momento do parto (o não aceite, não será critério de exclusão). O contato telefônico para observação do parto poderá ser realizado pela gestante em horário comercial e/ou emergencial (24 horas por dia, sete dias por semana) através dos telefones acima especificados: (98) 981854565 / 32350084. Todas as etapas da pesquisa serão realizadas no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão. Em nenhum momento você será identificada. Você não terá gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa. Você poderá, em qualquer fase da pesquisa, desistir de participar. O risco ao qual você se expõe é de gradação baixa e remete-se a mobilização emocional frente à temática abordada. Quanto ao risco, as pesquisadoras prestarão contínua atenção à presença deste, respeitando-se a desistência da participante em qualquer fase do estudo. As pesquisadoras se comprometem com a prestação de apoio e/ou acompanhamento psicológico durante a aplicação dos instrumentos e/ou após a coleta de dados. Como benefícios elencam-se a contribuição com conhecimentos acerca de práticas propostas pela humanização do parto e nascimento, bem como a possibilidade de conhecer o que as mulheres esperam sobre tal momento e a distância entre tais expectativas e a realidade. As pesquisadoras

responsabilizam-se por indenizações pelo tempo necessário através de assistência integral gratuita devido quaisquer danos em decorrência da participação no estudo. Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA). Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Caso seja do seu interesse, é possível entrar em contato pelos dados do cabeçalho para eventuais dúvidas éticas junto ao CEP-HUUFMA.

() AUTORIZO que seja realizada observação durante o meu parto.

ou

() NÃO AUTORIZO que seja realizada observação durante o meu parto.

Eu, _____,
RG _____, concordo em participar do estudo. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que será mantido sigilo sobre minha identidade.

São Luís, _____ de _____ de _____

Participante

Pesquisadora

**ANEXO A – Parecer de aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa
(CEP)**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Entre o esperado e o vivido: expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento

Pesquisador: Zeni Carvalho Lamy

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53596316.2.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.505.333

Apresentação do Projeto:

O Ministério da Saúde criou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), destacando a importância da participação ativa da parturiente durante o processo de parto e nascimento e do aleitamento materno (BRASIL, 1984). Em 2003 foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, com intuito de produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar a partir da interlocução entre gestores, trabalhadores e usuários. Em 2011 surge a Rede Cegonha (RC), uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada nos períodos do pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à criança até dois anos de idade nos serviços do Sistema Único de Saúde e promover assistência humanizada e de qualidade, além de possibilitar às mulheres experiências seguras e positivas durante a gravidez, o parto e o nascimento. O presente estudo se propõe a analisar as expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e do nascimento, Identificando características sociodemográficas, culturais, obstétricas e neonatais conhecendo as expectativas das mulheres sobre as práticas relacionadas ao parto e nascimento; conhecendo as experiências das mulheres no momento do parto e nascimento; relacionando as expectativas e experiências das mulheres com relação ao parto e nascimento. Será realizada uma pesquisa qualitativa com enfoque fenomenológico. Farão parte da pesquisa mulheres acima de 19 anos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

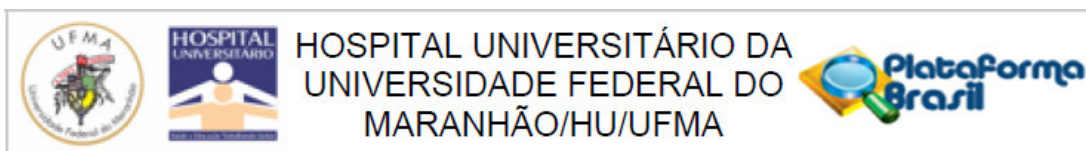
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.505.333

assistidas no pré-natal, parto e puerpério no Hospital Universitário /Unidade Materno Infantil. A amostra do estudo atenderá aos critérios da pesquisa qualitativa, desta forma, não será conhecida a priori e a escolha dos participantes será intencional. O período da coleta de dados será de 02/05/2016 a 29/07/2016 e utilizará a técnica de saturação teórica (interrupção do recrutamento de novos sujeitos a partir da constatação de que não emergem novos elementos no discurso dos participantes ou nas observações realizadas). As técnicas utilizadas na pesquisa serão entrevista e observação participante. As entrevistas serão do tipo estruturada e semiestruturada. A entrevista estruturada será voltada para o levantamento das características sociodemográficas, culturais e obstétricas e realizada a partir de um questionário previamente elaborado. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas em dois momentos: a partir da 29ª semana de idade gestacional e após o nascimento, com o objetivo de conhecer as expectativas (gravidez) e as experiências (após o nascimento). Para cada momento será utilizado um roteiro específico. A observação participante será realizada no momento do parto de algumas das mulheres participantes do estudo. Esta observação será realizada a partir de roteiro previamente elaborado dando enfoque à compreensão do objeto de estudo. Será utilizado diário de campo para o registro das observações. O primeiro passo para iniciar a coleta de dados será a identificação das gestantes no ambulatório de pré-natal. No primeiro contato elas serão convidadas a participar da pesquisa e será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aquelas que aceitarem. Se possível, ainda neste contato, será preenchido o questionário e agendada, para horário de conveniência da mulher a entrevista semiestruturada. Após a realização da entrevista semiestruturada, será mantido contato telefônico, buscando garantir, no mínimo, mais um encontro, a ser realizado após o parto, mas quando possível, será também realizada a observação do parto. A segunda entrevista será realizada após o parto, no alojamento conjunto, também em momento conveniente para a entrevistada. Nesta ocasião serão completadas as informações do questionário iniciado no pré-natal. A observação do momento do parto será realizada buscando conhecer as experiências no momento do parto com ênfase no contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Analisar as expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e do

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

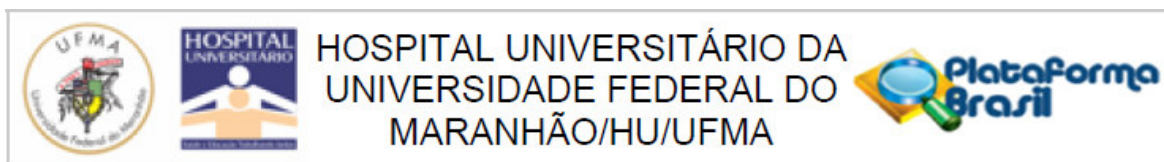
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.505.333

nascimento.

Objetivo Secundário:

1- Identificar características sociodemográficas, culturais, obstétricas e neonatais; 2- Conhecer as expectativas das mulheres sobre as práticas relacionadas ao parto e nascimento; 3- Conhecer as experiências das mulheres no momento do parto e nascimento; 4- Relacionar as expectativas e experiências das mulheres com relação ao parto e nascimento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, o risco envolvido na pesquisa é de gradação baixa, remetendo-se a mobilização emocional frente à temática do parto e nascimento. As medidas de proteção do risco envolvido serão atenção contínua à presença de mobilização emocional e possibilidade de desistência da participação na pesquisa em qualquer fase da mesma. No que diz respeito à minimização dos riscos, o pesquisador se compromete a prestar apoio e/ou acompanhamento psicológico durante a aplicação dos instrumentos e/ou após a coleta de dados. Quanto aos Benefícios, o pesquisador cita a contribuição com conhecimentos acerca de práticas propostas pela humanização do parto e nascimento, bem como a possibilidade de conhecer o que as mulheres esperam sobre tal momento e a distância entre tais expectativas e a realidade

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem relevância social e científica, pois permitirá contribuir com conhecimentos acerca de práticas propostas para a humanização do parto e nascimento, bem como a possibilidade de conhecer o que as mulheres esperam sobre tal momento e a distância entre tais expectativas e a realidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referentes aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.). O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

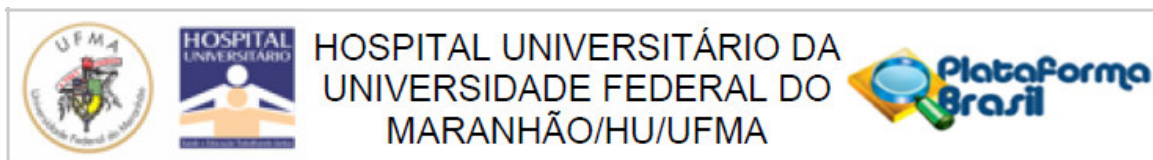
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.505.333

resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_669754.pdf	23/03/2016 17:41:14		Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	23/03/2016 17:40:39	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	19/03/2016 12:14:21	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/03/2016 12:12:58	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	27/02/2016 12:15:00	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Outros	Parecer_COMIC_verso.jpg	26/02/2016 15:07:56	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Outros	Parecer_COMIC_frente.jpg	26/02/2016	Zeni Carvalho Lamy	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

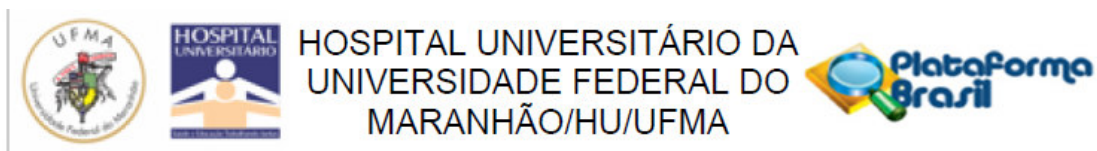
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.505.333

Outros	Parecer_COMIC_frente.jpg	15:07:35	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	26/02/2016 12:27:47	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	26/02/2016 12:27:14	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_responsabilidade_financ eira.jpg	26/02/2016 12:27:05	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_utilizacao_da dos_divulgacao_publicacao_resultados_ pesquisa.jpg	26/02/2016 12:26:48	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_com_huufma_ creditos_publicacao_periodicos_eventos cientificos.jpg	26/02/2016 12:26:34	Zeni Carvalho Lamy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_anuencia.jpg	26/02/2016 12:26:24	Zeni Carvalho Lamy	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 18 de Abril de 2016

Assinado por:

Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B – Normas para submissão de artigo à Revista Cadernos de Saúde

Pública

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO

(<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês;

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavra;

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Nederlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material

ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)* e *Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

[<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.