

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MONIZE SECOMANDI MESTRINER RAGAZZO

**IMPACTO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA
CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO**

SÃO CARLOS - SP
2021

MONIZE SECOMANDI MESTRINER RAGAZZO

**IMPACTO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA
CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Eixo temático: Saúde da mulher e da criança: múltiplos olhares

Orientadora: Prof^a Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori

Coorientadora: Prof^a Dra. Monika Wernet

SÃO CARLOS - SP

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Monize Secomandi Mestriner Ragazzo, realizada em 17/06/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira (UnB)

Profa. Dra. Bruna Dias Alonso (USP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedico este trabalho às famílias que me receberam com tanto carinho e confiança!

É por elas que persisto na busca por transformações positivas!

São elas que me ensinam e me fortalecem!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e a minha família, minha base, minhas raízes, por todo suporte, proteção, incentivo e ensinamentos desde o ventre da minha mãe, tendo meus avós, meus pais e meus irmãos como exemplos maravilhosos de amor, coragem, superação, responsabilidade e garra! Amo vocês!

Ao meu marido, Bruno, que foi essencial para que eu conseguisse superar os momentos desafiadores do mestrado, somados ao trabalho e às questões pessoais em meio a essa pandemia e às inseguranças que ela trouxe! Pela paciência, por tanto apoio emocional e técnico (risos), pelas deliciosas comemorações nas conquistas e por todo amor que compartilhamos sempre! Te amo muito!

Agradeço enormemente às mulheres e famílias que fizeram parte do estudo, além de tantas outras que estão presentes desde o início da minha trajetória profissional, com as quais sempre aprendi e continuo aprendendo muito, que me impulsionam para promover um cuidado digno e respeitoso em um momento tão intenso e transformador que é a maternidade!

Agradeço aos profissionais com os quais atuei e atuo, enfermeiras, técnicas, doulas, psicólogas, médicos, os quais me fazem evoluir diariamente através de diálogos intermináveis sobre este tema!

À diretoria do Hospital que permitiu a realização desse estudo e sempre se mostrou aberta para promovermos melhorias na assistência às famílias atendidas!

Agradecimento especial à responsável pelo despertar do meu amor pela obstetrícia, Cida Gamper, meu exemplo de enfermeira obstetra, atuando com brilho nos olhos e me fazendo voltar o olhar para essa especialidade que até hoje me move e comove.

Também agradeço imensamente pelo carinho e acolhimento da professora Monika logo que cheguei à UFSCar, seus direcionamentos, suas falas sensíveis e suas aulas tão dinâmicas e estimulantes foram essenciais para o início do meu caminhar no mestrado e no desenvolvimento do nosso trabalho!

A quem eu tanto admirava e agora admiro ainda mais, Jamile, minha eterna gratidão por tanta troca, aprendizados, por estimular minha evolução através das nossas conversas (a grande maioria virtual desde o início do mestrado, mas sempre envoltas de sensibilidade, compreensão e delicadeza). Muito obrigada por todo apoio e incentivo! Você é muito especial!

Agradeço também a todos os colegas de mestrado, cada um com sua característica e ajuda especial em cada etapa dos estudos, juntos crescemos a cada encontro ou troca de mensagens!

Agradeço à banca que aceitou participar da minha qualificação e trouxe tantas contribuições e colocações fundamentais para as melhorias que fizemos neste estudo. Muito obrigada, Aline Oliveira Silveira, Bruna Dias Alonso e Denise Yoshie Niy!

E, finalmente, gostaria de expor meus agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e a cada docente que me acolheu, ensinou e proporcionou minha evolução em uma área pouco desenvolvida em minha jornada profissional que era a pesquisa em saúde! Muito obrigada a todos!

A la luz de la risa de las mujeres

(Rosa Zaragoza)

*Canto a las mujeres que como las lobas
bailan y aúllan a la luna
Juntas y salvajes van por las montañas
van en libertad y son hermanas
recogiendo todos los logros
de nuestras antepasadas,
continuando con conciencia
y usando nuevas palabras.*

*Es el momento de alcanzar los sueños,
es hora de regalarnos risas,
de esas que nacen desde muy adentro
y que se expanden a toda prisa.
Y que ríen con nosotras
los nuevos hombres del mundo,
que se inventan como nosotras
para poder andar juntos.*

*Sentimos lo sagrado habitando nuestro cuerpo
que es el cuerpo de la tierra misma.
En cada fase de nuestros ciclos
abrazamos con amor la vida.
Y que vivan con nosotras
los nuevos hombres del mundo
que se inventan como nosotras
para poder sembrar juntos.*

A la Vida!

*Canto a las mujeres que como las lobas
bailan y aúllan a la luna.
Juntas y salvajes van por las montañas
van en libertad y son hermanas
recogiendo todos los logros
de nuestras antepasadas
continuando con conciencia
y usando nuevas palabras.*

RESUMO

Considerando as práticas obstétricas e a experiência que milhares de mulheres têm vivenciado de violação dos seus direitos, de abuso e maus-tratos durante a gestação, parto e pós-parto, tornam-se necessárias medidas de avaliação da assistência recebida pelas mulheres para contribuir com o desenvolvimento saudável da criança, mulher e família. O objetivo deste estudo foi o de compreender as experiências das mulheres no parto e pós-parto e suas associações na consecução do papel materno. Tratou-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentado em duas etapas, a saber, aplicação do Termômetro Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança e entrevista semiestruturada com as mulheres da primeira etapa. Os dados coletados na primeira etapa (quantitativa) foram obtidos através de uma amostra por conveniência e analisados de forma descritiva. Na segunda etapa (qualitativa), os dados foram interpretados pela análise de conteúdo temática de Bardin. Os resultados da primeira etapa revelam que as mulheres assistidas na Instituição elencada ao estudo não estão livres de danos. As falas das mulheres, obtidas na segunda etapa do estudo, resultaram na construção de três categorias temáticas: 1. “Conhecimento prévio: potência para parir e cuidar”, 2. “Postura profissional e o tornar-se mãe” e 3. “Importância da rede de apoio e a pandemia na consecução do papel materno”. A experiência vivenciada pelas mulheres foi envolta de sentimentos intensos, desde tensão e medo até a satisfação completa e a alegria vivenciada em um momento único e transformador, o qual elas relataram, com grande riqueza de detalhes, através de um olhar voltado para a postura de cada profissional que as assistem, como meios de facilitar essa transição para a maternidade. Os dados obtidos através do T-IHAMC e dos excertos das falas dessas mulheres também reforçaram a premente necessidade de práticas obstétricas baseadas em evidências, da educação em saúde, da rede de apoio profissional e social e do alinhamento entre os serviços de referência como forma de promover segurança as novas famílias, a redução de danos e favorecer um estilo parental participativo e a autoeficácia materna.

Palavras-chave: Assistência ao parto; Período pós-parto; Direitos do Paciente; Maternidade; Acompanhante; Violência obstétrica; COVID-19.

ABSTRACT

Considering obstetric practices and the experience that thousands of women have experienced of violation of their rights and abuse and ill-treatment during pregnancy, childbirth and postpartum, measures to evaluate the care received by women become necessary to contribute to the healthy development of children, women and families. To understand the experiences of women in childbirth and postpartum and their associations in maternal role attainment. This is a quantitative-qualitative, exploratory and descriptive study, based on two steps, application of the Mother-Baby Friendly Birthing Facilities (MBFBF) Thermometer and semi-structured interview with women in the first stage. The data collected in the first stage (quantitative) were obtained through a convenience sample and analyzed descriptively; while in the second stage (qualitative), the data were interpreted by content analysis in the thematic modality addressed by Bardin. The results of the first stage reveal that the women assisted in the institution related to the study are not free of harm. The statements of the women obtained in the second stage of the study resulted in the construction of three thematic categories: 1. "Previous knowledge: power to give birth and care", 2. "Professional posture and becoming a mother" and 3. "Importance of the support network and the pandemic in maternal role attainment ". The experience of women is surrounded by intense feelings, from tension and fear to complete satisfaction and the joy experienced in a unique and transformative moment, which they report with great richness of detail through a look at the posture of each professional who assists them, as a way of facilitating this transition to motherhood. The data obtained through the MBFBF Thermometer and excerpts from the speeches of these women also reinforce the urgent need for evidence-based obstetric practices, health education, the professional and social support network and the alignment between reference services as a way to promote safety for new families, harm reduction and to support participatory parental style and maternal self-efficacy.

Key-words: Midwifery; Postpartum Period; Patient Rights; Maternity; Medical Chaperones; Obstetric violence; COVID-19.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
EO - Enfermeira Obstetra
FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GO - Ginecologia e Obstetrícia
HAMABE - Hospital Amigo da Mãe e do Bebê
HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG - Idade Gestacional
IHI - *Institute for Healthcare Improvement*
IMC - Índice de Massa Corpórea
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial de Saúde
RN - Recém-nascido
SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T-IHAMC - Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança
TSM - Termômetro de Segurança da Maternidade
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos
UCI - Unidade Crítica Intermediária
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVO	18
3.1 GERAL.....	18
3.2 ESPECÍFICOS	18
4. CAMINHO METODOLÓGICO	18
4.1 TIPO DE ESTUDO	18
4.2 BASES CONCEITUAIS	18
4.2.1 Experiência positiva com o parto e nascimento	19
4.2.2 Tornar-se mãe	20
4.3 COLETA DE DADOS	22
4.3.1 Primeira etapa	22
4.3.2 Segunda etapa	22
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	23
4.4.1 Primeira etapa	23
4.4.2 Segunda etapa	24
4.5 PARTICIPANTES E SUA LOCALIZAÇÃO.....	25
4.6 LOCAL DE ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS	26
4.7 CONTEXTUALIZAÇÃO	28
5. RESULTADOS	29
5.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA	30
5.2 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA	35
5.2.1 Conhecimento prévio: potência para parir e cuidar	35
5.2.2 Postura profissional e o tornar-se mãe	39
5.2.3 Importância da rede de apoio e a pandemia na consecução do papel materno	43
6. DISCUSSÃO	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICE A	63
ANEXO 1	66
ANEXO 2	70

CAMINHOS TRILHADOS ATÉ A PESQUISA

Iniciei meu caminho na enfermagem em 2003, quando entrei para graduação na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. No início, imaginava atuar em Unidade de pronto atendimento (UPA), na expectativa de ser algo como eu assistia e amava em séries de TV, como “E.R. – plantão médico”. Porém, diante do primeiro estágio na UPA, a realidade foi muito diferente do esperado. Então, comecei a admirar outras áreas, durante as aulas teóricas e práticas, tais como Saúde Mental, Infectologia e Saúde Coletiva. No decorrer dos semestres, uma aula fez meu coração bater mais forte. Foi quando vi os olhos de uma professora apaixonada ao falar sobre gestação, parto e amamentação.

E, nesse momento, o caminhar da minha graduação mudou de um trilho imaginário, baseado em idealizações estimuladas pela TV, para um sonho que comecei a buscar apaixonadamente, que foi o de atuar na área Materno-infantil. Para tanto, iniciei monitoria na área, voluntariada no Ambulatório de Aleitamento Materno da Instituição e apresentei meu Trabalho de Conclusão de Curso voltado para a amamentação, em 2007. Em 2008, consegui entrar para Residência em Obstetrícia na mesma Instituição e o amor apenas aumentou, foram dois anos de dedicação, comprometimento e luta por melhorias para as mulheres que eram atendidas em um Serviço baseado em um modelo tecnocrata.

Com intenção de me desenvolver e aprofundar meus conhecimentos voltados à humanização no parto e ao nascimento, participei de uma capacitação para doulas e comecei a praticar o que aprendi nesse curso no Centro Obstétrico onde atuava, na tentativa de promover um cuidado mais acolhedor para as parturientes que, há época, ficavam sozinhas em pré-partos coletivos. E, dessa forma, tentava cativar outros profissionais para esse modelo de atendimento. A intenção sempre foi de caminhar, mesmo que devagar, na defesa pelos direitos das mulheres lá atendidas e de seus filhos, para que elas pudessem receber uma assistência mais respeitosa e digna. A resistência do sistema vigente era muito forte, mas eu não desisti. Encontrei outros profissionais com o mesmo pensamento e conseguimos estimular atitudes e posturas mais humanas, após várias conversas e exemplos positivos.

Ao término da residência, em 2010, fui convidada para ser docente na Faculdade que me formou. Aceitei com muita alegria esse desafio, recebi muito apoio de docentes experientes, umas delas a que me ensinou a amar a Obstetrícia. E como docente por três anos, veio o desejo de buscar o mestrado. Entretanto, minha vida mudou novamente de trilho, por questões pessoais, e posterguei esse novo passo. Concomitantemente à

docência, de 2010 a 2013, eu atuava como enfermeira obstetra em um Hospital Privado da minha cidade natal no interior de São Paulo, onde fui convidada a promover melhorias na Maternidade, implementar as boas práticas de assistência ao parto e nascimento em uma cooperativa médica com 91% de cesáreas.

Portanto, iniciei novamente a luta pelas famílias lá assistidas, desenvolvendo alianças com profissionais que já seguiam a linha da humanização, evidenciando fortemente a necessidade premente de mudança do sistema, me voluntariando em grupos de gestantes da cidade, de forma que as mulheres também recebessem informações para lutar por melhorias. Estava muito feliz pelas conquistas pessoais e profissionais até o momento por ver as mulheres mais realizadas com seus partos e amamentação na Maternidade, mas sentia falta de algo. Foi quando uma enfermeira da minha equipe me alertou para o mestrado da UFSCar. Criei coragem, fiz a inscrição e consegui uma vaga como mestranda nessa Instituição que sempre admirei, pois meu irmão foi graduando e mestrando nessa casa. Fiquei mais feliz ainda quando soube que a minha orientadora seria a Jamile, pois conhecia e admirava imensamente sua atuação como parteira, desde quando conheci o mundo dos partos domiciliares através de sua irmã, também parteira, em uma cidade vizinha à minha.

Assim, meu trilha foi direcionado novamente para busca de mais conhecimentos na área que amo e, mesmo com a Jamile distante em seu pós-doutoramento no exterior, eu sentia o carinho, o respeito e a responsabilidade dela através dos e-mails e chamadas de vídeo. Enquanto isso, tive o prazer de ser acolhida e orientada pela Monika e participar de suas disciplinas tão cativantes e dinâmicas. Na busca pelo tema para nosso estudo, a Jamile me apresentou o Instrumento “Termômetro de Segurança da Maternidade” (adaptação transcultural Cristiane Melo) e o “Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança” elaborado e parcialmente validado pela Bruna Alonso. Durante as disciplinas da Monika, voltei meu olhar para a família, a parentalidade e a integralidade do cuidado. E, através das reflexões do trio, sempre com muita abertura, flexibilidade, diálogo e troca, concluímos que nosso estudo seria voltado para as práticas obstétricas e o impacto delas na parentalidade, com olhar para as percepções das mulheres diante da assistência recebida e o seu processo de tornar-se mãe.

Ótima leitura!

Monize

1. INTRODUÇÃO

Embora nos últimos 35 anos os indicadores de qualidade veem apresentando avanços do cuidado perinatal, mantêm-se globalmente entre as prioridades das políticas de saúde, principalmente, para países de baixa e média renda, como o Brasil. Esse fato se dá pelos números inaceitavelmente altos de morbimortalidade materna e neonatal (LEAL et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020) e por ainda milhares de mulheres, independentemente da classe social, terem seus direitos violados e experimentarem abuso e maus-tratos durante a gestação, parto e pós-parto (DINIZ et al., 2016; BOHREN et al., 2017).

O modelo de atenção ao parto e nascimento tem relação com direitos e danos quando questões como desigualdade de gênero, violências e medicalização do corpo feminino na atenção obstétrica emergem (DINIZ et al., 2016). Ainda, repercute em indicadores de atenção à saúde e deve visar uma experiência positiva que não se limite ao bem-estar físico, contemplando, assim, as dimensões socioculturais e emocionais em que a mulher figure como elemento central do processo (WHO, 2018).

No Brasil, apesar da expansão das políticas públicas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil, cobertura e qualificação no acompanhamento pré-natal proporcionarem avanços na qualidade da assistência e redução progressiva da mortalidade materna e infantil (DINIZ, 2009; LEAL et al., 2018), ainda se vivencia um modelo de saúde obstétrico e neonatal, valorizador da patologia e com primazia da tecnologia assistencial sobre as relações humanas (SILVA et al., 2018).

Segundo Diniz (2009), vive-se o “paradoxo perinatal” em que, embora a cobertura do acompanhamento pré-natal tenha aumentado mais de 90% dos nascimentos acontecem em ambiente hospitalar e assistidos por profissionais habilitados, ainda há um descompasso entre as práticas fundamentadas nas evidências científicas e as práticas vigentes nos serviços, o que acaba por não impactar em desfechos positivos para as mulheres e recém-nascidos (VICTORA et al., 2011; BRASIL, 2017; LEAL et al., 2019; VELHO et al., 2019). Ademais, houve mais de 1.716 mortes maternas¹ no Brasil, sendo

¹ “Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais” (BRASIL, 2009b, p. 12).

que dessas, 1.167 por causas obstétricas diretas², 489 devido às causas obstétricas indiretas³ e 60 casos sem causa obstétrica especificada (BRASIL, 2017). As causas mais comuns foram: síndromes hipertensivas (332 casos), hemorragia (229 casos), infecção (86 casos) e aborto (68 casos) (BRASIL, 2017).

Por outro lado, o país reduziu em 2/3 a mortalidade infantil⁴ entre os anos de 1990 e 2015 (LEAL et al., 2018). No entanto, o componente neonatal⁵ da mortalidade infantil ainda é elevado (LEAL et al., 2018). De acordo com relatório recente, a taxa de mortalidade neonatal foi de nove óbitos a cada 1.000 nascidos vivos, em 2017 (UNICEF et al., 2018).

Diante dos indicadores de saúde citados, observa-se o resultado do que Miller et al. (2016) consideram quando afirmam que há dois extremos na assistência ao parto e nascimento, “*too little/too late*” (pouco e tarde demais) e o “*too much/too soon*” (muito/com excesso de intervenções e precoce demais), com reflexos importantes nos desfechos materno-neonatais e no aumento de custo da assistência.

Em relação à assistência tardia (“*too little/too late*”), tem-se como exemplo a falha na identificação de patologias que poderiam ser identificadas precocemente e, assim, evitar desfechos negativos, como a relação entre hipertensão e diabetes gestacional e o óbito fetal/neonatal em consequência do inadequado controle desses agravos.

Já quanto às intervenções precoces ou excessivas (“*too much/too soon*”) é possível notar, nos casos de internações precoces, fora de trabalho de parto ativo para cesárea sem indicação clínica ou que culminam em possível indução com ocitocina, parto instrumental, episiotomia e maior risco de eventos adversos.

Não é à toa que se vivencia a ‘epidemia de recém-nascidos com idade gestacional (IG) entre 37 e 38 semanas’, com aumento de taxa de internação em UTI-neonatal por imaturidade da criança e desconforto respiratório, o que muito se deve à ausência do trabalho de parto (DINIZ et al., 2016; LEAL et al., 2014).

² “Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas” (BRASIL, 2009b, p. 12).

³ “Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez” (BRASIL, 2009b, p. 12).

⁴ Mortalidade infantil é aquela que ocorre entre 0 e 364 dias após o nascimento (FRANÇA; LANSKY, 2009).

⁵ Mortalidade neonatal é aquela que ocorre entre 0 e 28 dias após o nascimento (FRANÇA; LANSKY, 2009).

Ainda dentro deste modelo tecnocrata⁶, o estudo de Leal et al. (2014) expõe a criticidade da assistência ao parto no Brasil, o excesso de medicalização e intervenções sem indicações clínicas no trabalho de parto e parto, tais como falta de liberdade para movimentar-se durante o trabalho de parto, posição litotômica para parir, jejum, uso indiscriminado de ocitocina e manobra de *Kristeller*.

Somado ao já discutido sobre o modelo de assistência, tem havido uma crescente de mulheres insatisfeitas com a experiência de nascimento de seus filhos, sendo que muitas desejavam o parto normal e são submetidas a procedimentos desnecessários, obsoletos e dolorosos e/ou convencidas da necessidade de uma cesariana (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013). Muito dessa contradição entre desejo inicial e desfecho do parto se deve a fatores culturais, histórias de violência obstétrica com mulheres próximas, falta de informação durante o pré-natal, conveniência dos profissionais e instituições (REITER, 2018; WEIDLE et al., 2014).

Além da violência sofrida pelas mulheres, quando avaliados os possíveis danos relacionados ao parto no contexto brasileiro, o estudo de Salgado et al. (2019) expõe que, na região sudeste, a alta frequência de danos evitáveis implica em um problema de saúde pública. Isso se deve ao fato de o cuidado livre de dano⁷ ser exceção no Brasil (2%) e a depressão pós-parto (25,8% prováveis casos) estarem associados aos fatores socioeconômicos e à assistência ao parto.

De acordo com estudo de Theme Filha et al. (2020), 1 em cada 4 mulheres relatou depressão pós-parto, prevalência acima do encontrado em outros países da Europa, Austrália e Estados Unidos. Ainda, apontou que embora não tenha sido sustentada a relação das intervenções no parto e a depressão pós-parto, as variáveis fisiológicas do parto, o apoio e o cuidado de mulheres e bebês durante o trabalho de parto e parto foram consistentemente associados à redução da sintomatologia.

⁶ Entende-se como modelo tecnocrata o que separa mente e corpo (visto como máquina); tem a mulher como objeto; adota diagnóstico e tratamento de fora para dentro (o pré-natal segue a mesma filosofia, priorizando medições e máquinas externas à percepção e sensibilidade da pessoa); promove uma organização hierárquica e a padronização dos cuidados; a autoridade e a responsabilidade são do profissional, não da mulher; valoriza excessivamente a ciência e tecnologia; realiza intervenções agressivas com ênfases em resultados em curto prazo; além de buscar a hegemonia tecno-médica: um sistema guiado pelo lucro (DAVIS-FLOYD, 2001).

⁷ Consideram-se danos (eventos adversos): laceração perineal de 3º e 4º graus; hemorragia pós-parto; infecção materna; bebês a termo com Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida; bebês a termo transferidos para unidade de cuidados intensivos; separação entre a mãe e o bebê e dano psicossocial (MELO, 2015).

Para acolher as novas famílias na consecução de seus novos papéis, subentende-se que as equipes assistenciais das maternidades devem considerar os aspectos emocionais, humanos e o contexto sociocultural envolvidos no processo de parto e nascimento, promovendo os cuidados de forma singular e multidimensional, por meio de uma visão integral da família. Essa muitas vezes carregada de mitos, medos e dúvidas por parte da mulher e acompanhante (BRASIL, 2017; PEREIRA et al., 2018; VIEIRA et al., 2010).

Portanto, os profissionais de saúde que atuam, especialmente, na área materno-infantil deveriam agir com acolhimento, respeito e baseados em evidências científicas, favorecendo um atendimento seguro, digno e com não uso de intervenções desnecessárias em um momento que deve ser diferenciado da díade saúde-doença (BRASIL, 2017; DINIZ, 2009; MILLER et al., 2016).

Esse trabalho da equipe assistencial deve ocorrer além das dimensões físicas do hospital. Ele também deve ser articulado ao pré-natal, garantindo estratégias mais efetivas com intuito de preparar o casal para mudanças após o nascimento da criança, quando se depararem com o período puerperal e iniciam, na prática, o processo da parentalidade (DELICATE et al., 2018; MEIGHAN; MERCER, 2004; MERCER, 2004).

Ainda, a qualidade do pré-natal precisa extrapolar a concepção de que o número de consultas seja de suficiência para a qualidade da atenção. Um dos pontos que precisa ser aprimorado na atenção pré-natal é a informação com base em evidências, com vistas a favorecer o empoderamento das mulheres, ou seja, para que elas tenham informações e autonomia para tomarem as decisões acerca do cuidado que preferem para si e para seus filhos (BRASIL, 2017; PACAGNELLA et al., 2018).

Entre outros direcionamentos assistenciais, os profissionais que integram a atenção pré-natal ao parto/nascimento devem informar claramente à mulher e ao acompanhante sobre aspectos psicossociais e legais envolvidos no processo de parentalidade, processo este que se inicia muito antes do nascimento de um filho, respeitando sua autonomia e estimulando que ela adote escolhas conscientes para o bem-estar dela e da criança. Além de estimular que ela tenha conhecimento sobre seus direitos e faça o possível para evitar intervenções desnecessárias e de rotina tanto nela como em seu filho, tais como episiotomia, ocitocina, cesárea, aspiração naso-faríngea do recém-nascido e separação do binômio (BRASIL, 2017; POWER et al., 2019).

É importante salientar que a prática clínica baseada em evidências surge para evitar tais intervenções sem indicações reais, pois elas podem resultar em iatrogenia e, conseqüentemente, impactar negativamente na saúde do binômio mulher e filho, refletindo na família.

Um dos aspectos discutidos enquanto contraponto é a presença da enfermeira obstetra e/ou obstetritz no trabalho de parto/parto. As evidências apontam que esta presença resulta em partos espontâneos com menos eventos adversos, como óbito fetal ou perinatal, menor número de intervenções desnecessárias e maior efetivação das boas práticas recomendadas pela OMS (DINIZ, 2009; FIOCRUZ, 2014; MILLER et al., 2016; BRASIL, 2017; SANDALL et al., 2015). Assim, torna-se premente fortalecer o papel das enfermeiras obstétricas e obstetrizes como forma de melhorar os indicadores em saúde materna e perinatal.

Com intuito de lutar contra intervenções rotineiras em ambientes hospitalares, qualificar as formas de nascer no nosso país e resgatar a fisiologia do parto e nascimento, foram tomadas ações, como a criação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, resultantes do esforço e união do Ministério da Saúde, da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), agências reguladoras e outras instituições, sociedades e associações de equipes multiprofissionais e das mulheres (BRASIL, 2017).

Ademais, anteriormente às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017) e como propulsora de tal ação, foi desenvolvida, em 2011, a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), tendo como princípios e objetivos

[...] I -o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III - a promoção da equidade; IV - o enfoque de gênero; V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e VII -a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.[...] I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Vale salientar que o projeto Parto Adequado (2015), desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, também tem o objetivo de melhorar a experiência das famílias em relação ao momento do nascimento, evitar cesáreas desnecessárias e reduzir eventos adversos, considerando condições socioculturais, atuação da equipe multidisciplinar, práticas baseadas em evidências científicas e, sobretudo, o cuidado adequado e oportuno em todo o ciclo grávido-puerperal (ANS, sd).

Em consonância com as ações e diretrizes supracitadas e alinhadas às melhorias necessárias para assistência materna e perinatal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu, em 15 de fevereiro de 2018, 56 novas recomendações com intuito de reduzir interferências no trabalho de parto e parto como forma de evitar danos. Além de considerar que se faz necessário inserir a mulher na tomada de decisão sobre os procedimentos e condutas mais indicados para cada caso, pois deve-se ter o evento parto como único e com variações entre diferentes mulheres (WHO, 2018).

O novo documento da OMS, que trata do cuidado individualizado para promover uma experiência positiva no parto e nascimento, inclui, por exemplo, o direito a ter um acompanhante de sua escolha e o respeito pelas preferências da mulher quanto a formas para minimizar sua dor, posições para adotar no processo de parir naturalmente (MILLER et al., 2016; WHO, 2018).

Outro olhar importante para guiar os próximos passos em busca de melhores práticas e resultados na saúde materna e infantil está entre os “17 Objetivos para transformar nosso mundo” das Nações Unidas Brasil (2015) que renovou o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, salientando aqui os objetivos 3 e 5, por terem como meta

[...] Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; [...] Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; [...] Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos; [...] Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis.

Somado às abordagens anteriores, para reduzir eventos adversos, morbimortalidade materna-infantil e iatrogenia é premente consolidar uma rede perinatal integrada, com informação, educação, comunicação e acesso garantidos. Além de qualificação da assistência em relação ao parto e nascimento para agir conforme as evidências científicas, promovendo segurança, garantia de direitos das mulheres e das crianças, além de favorecer uma assistência adequada e oportuna em casos de complicações (DINIZ, 2009).

Faz-se necessário também adotar uma abordagem inclusiva da família, proporcionando suporte emocional e social aos pais para que a experiência com o parto exerça um efeito positivo na interação desse núcleo familiar, sendo um fator protetor para depressão pós-parto, por exemplo. Ademais, essa abordagem tende a promover um estilo parental participativo que tem desdobramentos em práticas positivas no desenvolvimento da criança (POWER et al., 2019).

Essa promoção está reforçada pelo estudo de Garthus-Niegel et al. (2018), sobre o impacto do estresse pós-traumático pós-parto em mulheres e famílias norueguesas, que afirmam a experiência da mulher com o parto como influenciadora na qualidade do relacionamento e na satisfação do casal após o nascimento. Os autores expõem que, aproximadamente, 2-4% das mulheres desenvolveram transtorno de estresse pós-traumático após o parto. E essa condição pode levar a consequências negativas para as próprias mulheres e, conseqüentemente, suas famílias. Portanto, a identificação do transtorno e ação oportuna por parte dos profissionais de saúde com esses casais podem melhorar a qualidade da relação do casal, o que poderá impactar positivamente na parentalidade, refletindo também nos filhos.

Considerando o reflexo das práticas obstétricas adotadas no ciclo gravídico-puerperal na parentalidade, em estudo realizado por Göbel et al. (2020), fica evidente a importância de se moldar o apoio profissional em torno de estados emocionais negativos e abordar experiências de própria educação já no pré-natal, a fim de evitar uma insatisfação precoce com a maternidade e consequências negativas para mãe e filho.

Diante do exposto e considerando as práticas obstétricas, o modelo tecnocrata atual e os desafios do puerpério, tornam-se necessárias medidas para avaliar a assistência recebida pelas gestantes e contribuir com o desenvolvimento saudável da criança, mulher e família.

Nesse sentido, foi desenvolvido o instrumento “Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC)” – elaborado e parcialmente validado por Alonso em 2020 (ANEXO 1), baseado na adaptação transcultural do Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM) que foi realizada por Melo em 2015 – para rastrear desfechos maternos e neonatais, como via de nascimento, condição perineal (lacerações ou episiotomia), hemorragia pós-parto, escore de Apgar, transferência de recém-nascido para UTI e infecções pós-parto. De tal forma que torna possível qualificar a assistência materna-neonatal, em especial, quanto à ocorrência de danos graves, a partir da percepção das mulheres.

Vale salientar que o T-IHAMC é resultante do Projeto HAMABE, acrônimo de Hospital Amigo da Mãe e do Bebê, realizado em duas maternidades-escola do SUS, em São Paulo/SP e Ribeirão Preto/SP, em 2016 e 2019. Durante as observações, as pesquisadoras consideraram que um questionário sistematizaria os critérios da iniciativa⁸ e tornaria possível mensurar o quanto as maternidades são “amigas” das mulheres e das crianças, além de identificar possíveis falhas e favorecer mudanças na assistência. É possível consultar mais detalhes quanto ao projeto em Diniz (2019) e Niy (2018).

Quando avaliaram o TSM, traduzido e adaptado transculturalmente para o português (MELO, 2015) e os estudos realizados com tal termômetro, notaram que, apesar de inovador, ele não respondia aos critérios da iniciativa por não expressar de maneira adequada os problemas nacionais sobre parto e nascimento que diferem do contexto inglês de saúde materna, local em que foi elaborado (ALONSO, 2020; BERNARDES; AGUIAR, 2018; MOTTA; COSTA; AGUIAR, 2019).

Portanto, o T-IHAMC baseia-se nos direitos das mulheres e na experiência delas com relação à assistência recebida na maternidade como forma de inovar e promover mudança através da avaliação das práticas de saúde materna e neonatal brasileira. Afinal, as boas práticas dos profissionais somadas às mudanças sociais, econômicas, culturais e políticas voltadas aos direitos humanos são fundamentais para a melhoria contínua nos indicadores de saúde para garantir bem-estar, conforto e segurança ao binômio, sempre com respeito à simbiose e à sinergia da relação, considerando que um complementa a experiência positiva e saudável do outro (LEAL et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020).

⁸ Resumo dos critérios da IHAMC: liberdade para ingestão de alimentos/bebidas e de movimentação durante o trabalho de parto; privacidade durante o trabalho de parto e parto; acompanhante de escolha da mulher; sem abusos físico, verbal, emocional ou financeiros; sem práticas de rotina; métodos de alívio da dor não-farmacológico e farmacológico; contato pele a pele e incentivo à amamentação (DINIZ, 2019).

2. JUSTIFICATIVA

Diante dessas reflexões e em alinhamento com movimento nacional voltado à abolição das práticas desnecessárias e violentas no parto, a presente pesquisa teve como objeto as práticas obstétricas, a vivência em relação ao parto e nascimento e suas implicações no processo de tornar-se mãe, valorizando, neste estudo, os dados subjetivos expostos pelas mulheres participantes, o que resultará em maior robustez aos temas abordados.

O desenvolvimento do estudo justificou-se por serem poucos os estudos nacionais que relacionem a forma de parir e nascer com a parentalidade, em especial a partir de um olhar qualitativo. Tal qual estudo de Matos (2019) que analisou relatos de parto de mulheres e homens e relacionou à parentalidade.

Estudo de Silva (2012), realizado em Portugal, aplicou entrevista semiestruturada em 26 pais e adotou a análise de conteúdo para compreender as necessidades de cuidados de enfermagem sentidas pelos participantes na transição para a parentalidade durante a internação após o parto eutócico (sem complicações) do primeiro filho.

Já os estudos nacionais tratam de revisões sistemáticas da literatura internacional ou de cunho teórico-reflexivo, como o de Andrade et al., (2015) em detrimento da análise de vivências relatadas pelas mulheres na atualidade.

Faz-se necessário salientar que as teorias que versam sobre o conceito de parentalidade remetem à compreensão de que ela tem início na infância dos pais e se estende até nascimento dos filhos. Portanto, a atual pesquisa adotou como base conceitual o “tornar-se mãe” de Ramona Thieme Mercer (MERCER, 2004), tendo o olhar voltado para a “Consecução do papel maternal”, sobretudo, na etapa formal desse processo, a qual se inicia com o nascimento da criança e inclui aprendizagens para o desenvolvimento das práticas de cuidado, sendo a enfermagem um apoio relevante à mulher nessa etapa transformadora.

Para tanto, o presente estudo teve como questão norteadora “Qual a repercussão das experiências das mulheres no parto e suas associações na consecução do papel materno?”.

3. OBJETIVO

3.1 GERAL

Compreender as experiências das mulheres no parto e pós-parto e suas associações na consecução do papel materno.

3.2 ESPECÍFICOS

(1) Caracterizar as práticas obstétricas do Serviço elencado ao estudo em relação ao cuidado livre de danos;

(2) Descrever a percepção da mulher acerca da influência de sua experiência de parto e pós-parto no processo de tornar-se mãe.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de estudo descritivo-exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, fundamentado em duas etapas, a saber: a primeira (quantitativa) para caracterização das práticas obstétricas recebidas pelas mulheres através da aplicação do T-IHAMC (ANEXO 1) (ALONSO, 2020) e a segunda (qualitativa) por meio de entrevista semiestruturada com as mulheres da primeira etapa.

Os dados coletados na primeira etapa (quantitativa) foram obtidos através de uma amostra por conveniência e analisados de forma descritiva. Já os dados coletados na segunda etapa (qualitativa) foram interpretados e categorizados pela análise de conteúdo na modalidade temática de Bardin (2011). A escolha pela abordagem qualitativa está sustentada pela sua potência na apreensão de vivências sociais (MINAYO; GUERRIERO, 2014), no caso a experiência vivenciada no parto e pós-parto.

4.2 BASES CONCEITUAIS

Em virtude de se intencionar compreender as experiências das mulheres no parto e pós-parto e suas associações na consecução do papel materno, foram utilizadas como bases conceituais a experiência positiva com o parto e nascimento (DOWNE, 2015; 2018; WHO, 2018) e a parentalidade – processo de tornar-se mãe (MERCER, 2004).

4.2.1 Experiência positiva com o parto e nascimento

A experiência positiva na gravidez e no parto de uma mulher é um resultado significativo dos cuidados de maternidade. Junto com o foco na redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal, as recomendações da OMS, para cuidados pré-natais e intraparto, mencionam explicitamente a experiência dos cuidados como um eixo crítico para garantir cuidados maternos de alta qualidade e melhores resultados centrados na mulher (OMS, 2018).

A OMS define uma experiência de cuidado positiva como aquela que atende ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores de uma mulher, ou seja, cuidado que é sensível às necessidades, aos valores e às preferências das mulheres. No entanto, a experiência com a gravidez e parto de uma mulher envolve mais do que os cuidados que ela recebe no período perinatal. Esse período, como transição para a maternidade, implica um processo dinâmico com aspectos físicos, psicológicos e sociais que moldam a experiência da mulher (VOGELS-BROEKE; VRIES; NIEUWENHUIJZE, 2020).

Ademais, as novas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) reforçam que o processo de trabalho de parto e parto é fisiológico e sem complicações para a maioria das mulheres – risco habitual. Portanto, elas não devem sofrer interferência sem base em evidências científicas e o profissional deve inserir a mulher na tomada de decisão sobre seus cuidados.

Ações essas que são reforçadas por Power, Williams e Brown (2019) como forma de promover o empoderamento da mulher, respeitando sua autonomia e estimulando que ela adote escolhas conscientes para o bem-estar dela e da criança, além de estimular que ela tenha conhecimento sobre seus direitos e faça o possível para evitar intervenções desnecessárias e de rotina tanto nela como em seu filho.

Achados expostos também por Miller et al. (2016) e Diniz (2009) evidenciam os dois extremos na assistência ao parto e nascimento, intervenções necessárias aplicadas tarde demais ou intervenções desnecessárias utilizadas precocemente, pois tais interferências utilizadas em momentos inadequados podem refletir negativamente nos desfechos materno-neonatais e no aumento de custo da assistência.

Vale reforçar que é comprovado cientificamente que o cuidado liderado pela enfermeira obstetra e/ou obstetriz no trabalho de parto/parto resulta em partos espontâneos com menos eventos adversos, menor número de intervenções desnecessárias

e maior efetivação das boas práticas recomendadas pela OMS (DINIZ, 2009; FIOCRUZ, 2014; MILLER et al., 2016; SANDALL et al., 2015).

Miller et al. (2016) também reforçam que a mulher e seu filho necessitam de uma assistência individualizada e oportuna para alcançarem os melhores resultados físicos, emocionais e psicológicos possíveis por meio de um modelo de cuidado que favoreça o empoderamento de todas as mulheres para a escolha e acesso aos cuidados centrados na criança e na satisfação da mãe.

Somado às recomendações supracitadas, Downe et al. (2015; 2018) reforçam que, para vivenciar uma experiência positiva, é premente que as expectativas das mulheres, em relação aos seus corpos, aos cuidados que ela necessita e à estrutura que ela considera importante, sejam preenchidas e até superadas.

Simultaneamente, os profissionais devem promover um modelo de cuidado digno, humano e individualizado através de boas práticas assistenciais, de uma relação solidária e sensível, baseada em confiança mútua, com troca de informações que favorecem o envolvimento e a segurança necessária para que as mulheres/famílias superem seus medos e tenham uma experiência positiva e saudável com o nascimento (DOWNE et al., 2015; 2018; PEREDA-GOIKOETXEA et al., 2019).

4.2.2 Tornar-se mãe

A Consecução do Papel Maternal de Ramona Thieme Mercer é uma teoria de enfermagem que foca o desenvolvimento do papel materno, o tornar-se mãe. Entende que, para tanto, a mulher vivencia transformações na identidade, nos hábitos, nas atitudes e no autoconceito, sendo a criança uma parceira ativa no processo de consecução do papel, assim como o parceiro/companheiro (MERCER, 2004).

A mulher está sempre inserida em um contexto social com relações que afetam o seu *self* e *core self*. O primeiro está relacionado à personalidade independente do papel representado e o segundo à expressão da pessoa em situações específicas com desenvolvimento dependente do contexto cultural (MERCER, 2004).

É no ambiente que se desenvolve a consecução do papel maternal, Desse modo, a relação entre o contexto em que a mulher vive e o tornar-se mãe é direta. O microssistema, mesossistema e macrossistema compõe o ambiente da mulher. No primeiro está a própria mulher e as relações diretas que vivencia junto aos familiares e às pessoas da rede social, o que implica dizer que eles afetam o desempenho do papel de mãe. O sistema familiar é

o sistema no qual a consecução do papel maternal ocorre, tem característica semifechada, isto é, está aberto a trocas com os outros sistemas sociais. O mesossistema abarca as instituições frequentadas pela mãe/família, tais como escola, trabalho, igreja e outras. O macrossistema está composto pelo componente cultural da mãe e pelas influências sociais e políticas do seu contexto (MERCER, 2004).

O desenvolvimento da maternidade tem início na infância a partir da observação e reprodução dos comportamentos de adultos na relação com crianças. Quatro são as etapas:

(1) **a antecipatória**, na qual ocorrem ajustamentos psicológicos e sociais em relação às expectativas, fantasias e aprendizagens acerca do papel de mãe (MEIGHAN; MERCER, 2004). A mulher se prepara para a maternidade, projeta o(a) filho(a), o parto e o cuidado da criança, ou seja, vai iniciando uma organização para vivenciar mudanças no seu estilo de vida e desempenhar o papel (MERCER, 2004);

(2) **a formal** inicia-se com o nascimento da criança e inclui aprendizagens para o desempenho do papel de mãe. Tende a espelhar nos comportamentos e orientações de especialistas e/ou outros de seu entorno social. A interação com o(a) filho(a) é promotora de vínculo e do desenvolvimento das práticas de cuidado. A enfermagem é relevante no apoio a essa etapa (MEIGHAN; MERCER, 2004; MERCER, 2004);

(3) **a informal** começa a partir do momento em que a mulher desempenha o papel de mãe com autonomia, de modo próprio. Ela considera recomendações de seu entorno social, mas não deixa de imputar a sua identidade no cuidado da criança (MERCER, 2004);

(4) **a pessoal ou identidade pessoal ou ainda identidade materna** é caracterizada pela fase em que a mulher desenvolve o próprio papel maternal, interiorizando-o e assumindo-o de forma singular. Há harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação com a criança no desempenho do papel. Houve redefinição do *self*. A mulher atinge a sua identidade maternal à medida que sente satisfação em termos de expectativa e desempenho do papel maternal (MEIGHAN; MERCER, 2004).

Vale considerar que a enfermagem se volta à promoção da saúde de pessoas e famílias a partir dos cuidados que a eles oferta. Enfermeiros têm oportunidades interacionais diretas com mulheres que estão tornando-se mãe e suas famílias, essas relações de reciprocidade tendem a favorecer comportamentos positivos no papel maternal e contribui com a consecução do papel de mãe (MERCER, 2004; MERCER; WALKER, 2006).

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Primeira etapa

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu em dois momentos, conforme prevê a metodologia para aplicação do T-IHAMC (ANEXO 1).

No primeiro momento, foi realizada diariamente durante um mês⁹, aplicando-se a primeira parte do T-IHAMC (blocos de perguntas sobre admissão) à beira-leito em todas as mulheres com 18 anos ou mais que tiveram qualquer tipo de parto na Instituição e estavam dentro das primeiras 24h de internação.

No segundo momento, para completar a aplicação do Instrumento (bloco de perguntas sobre o pós-alta hospitalar), o contato foi realizado de acordo com a preferência das mulheres¹⁰. Foi enviada mensagem via aplicativo de celular após, pelo menos, 10 dias do parto, de acordo com a metodologia para aplicação do T-IHAMC.

4.3.2 Segunda etapa

A segunda etapa da coleta de dados foi obtida através da entrevista presencial, quando era lembrado à mulher o objetivo do estudo conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os encontros ocorreram a partir de 30 dias após o nascimento até seis meses após o parto¹¹, sendo realizada a parte qualitativa do estudo através de entrevista

⁹ Para garantirmos que todos os plantões fossem avaliados por, pelo menos, quatro vezes, considerando que cada obstetra realiza ao menos um plantão por semana, o que possibilita identificar posturas e condutas distintas. Já as enfermeiras obstetras realizam plantões de 12/36h e o período de um mês também garante que todas sejam avaliadas.

¹⁰ Durante um pré-teste realizado 3 meses antes do início da coleta oficial de dados para pesquisa, notou-se que as mulheres preferiam que enviasse mensagem por aplicativo para então responderem à segunda etapa do Instrumento, visto que a rotina nas primeiras semanas após o nascimento é incerta. Para tanto, o contato foi obtido no momento da assinatura do Termo de Consentimento com a mulher ainda internada.

¹¹ Tendo o prolongamento do período estimado a princípio no projeto, devido ao impacto negativo da pandemia pela COVID-19 na estratégia de coleta de dados através da entrevista presencial, quando iniciaram os desafios, que nos fizeram julgar prudente prolongar o período de coleta, nos momentos em que a mulher se sentia mais segura para receber a pesquisadora em domicílio. A escolha pela entrevista

semiestruturada, cuja pergunta disparadora foi: “Gostaria que você me contasse como foi o dia do nascimento da sua filha o trabalho de parto, o parto, o pós-parto e como isso teve relação e tem ainda relação com esse seu processo de se tornar mãe.”

Vale salientar que a questão disparadora foi realizada com terminologias claras e objetivas, adaptadas para fácil compreensão das participantes, mantendo o intuito da pergunta formal.

E, a seguir, ao fluir da entrevista, foram apresentadas outras questões, acompanhando o relato do que era narrado pela participante, com vistas a ampliar compreensão, densificação e clarificação do exposto em relação ao objeto/objetivo do estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 18 de maio de 2020 e 18 de junho de 2020, com a conclusão das entrevistas semiestruturadas presenciais em novembro de 2020.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Primeira etapa

Através da aplicação do T-IHAMC completo em 81 mulheres, foi construído um banco de dados em planilha do programa Excel para caracterizar o perfil de gestantes/puérperas atendidas e qual cuidado ela vivenciou na Instituição campo de pesquisa, evidenciando-se as informações encontradas nas políticas e nos protocolos da maternidade em estudo.

É importante reforçar que o T-IHAMC (ANEXO 1) é composto por 69 questões, distribuídas em admissão, internação e pós-alta com o objetivo de rastrear indicadores como presença de acompanhante, experiência vivenciada e desfechos maternos e neonatais, tais quais via de nascimento, condição perineal (lacerações espontâneas, episiotomia e presença de sutura perineal), hemorragia pós-parto, escore de Apgar, transferência de recém-nascido para UTI e infecção pós-parto (infecção urinária, mastite, infecção em sutura perineal, infecção em sutura abdominal e infecção uterina).

Além de buscar, através do instrumento, os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança. De tal forma que torna possível qualificar a assistência materna-

presencial se deu pela importância do apoio e suporte às mulheres, que poderiam ter possíveis lembranças negativas quanto à sua vivência, durante os relatos.

neonatal, em especial quanto à ocorrência de danos graves a partir da percepção das mulheres.

Vale salientar que os dados coletados nesta primeira etapa foram obtidos através de uma amostra por conveniência e analisados de forma descritiva. Ainda foram compilados e calculados conforme os três indicadores recomendados pelo TSM referentes ao cuidado livre de danos (físicos, relacionados à percepção da mulher e combinados), como exposto no Quadro a seguir:

Tabela 1 - Indicadores referentes ao cuidado livre de danos segundo o TSM

Cuidado livre de danos físicos = (mulheres sem laceração perineal de 3º e 4º graus + mulheres com perda sanguínea < 1000ml + mulheres sem infecção + bebês a termo com Apgar > 6 + bebês a termo que não foram transferidos para unidade de cuidados intensivos/total de mulheres) x 100

Cuidado livre de danos segundo a percepção da mulher sobre segurança = (mulheres que não foram deixadas sozinhas quando estavam preocupadas + mulheres que não sentiram que não foram levadas a sério/total de mulheres) x 100

Cuidado livre de danos combinado = [(mulheres sem laceração perineal de 3º e 4º graus + mulheres com perda sanguínea < 1000ml + mulheres sem infecção + bebês a termo com Apgar > 6 + bebês a termo que não foram transferidos para unidade de cuidados intensivos + mulheres que não foram deixadas sozinhas quando estavam preocupadas + mulheres que não sentiram que não foram levadas a sério)/total de mulheres] x 100

Fonte: Melo (2015)

4.4.2 Segunda etapa

Todas as entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio digital para evitar a perda de dados significativos, garantir o registro integral da fala e captação de elementos de comunicação (pausas, entonação, dentre outros) importantes à compreensão do que é narrado (BELEI et al., 2008; MINAYO; GUERRIERO, 2014) e cada sujeito teve uma identificação fictícia com nomes de flores para manter o anonimato.

Como critério de finalização das entrevistas foi utilizada a saturação amostral que, segundo Fontanella et al. (2011), é alcançada quando as entrevistas não adicionam novos dados para o entendimento do fenômeno tomada a exploração.

As gravações foram transcritas com auxílio do software Transcribe® e, além de ancorar-se nos objetivos determinados e nas bases conceituais elencadas, os dados foram interpretados e categorizados pela análise de conteúdo (AC) na modalidade temática abordada por Bardin, uma vez voltar-se à descrição do conteúdo das mensagens por

indicador temático, com atenção às percepções manifestas acerca de objetos e seus fenômenos (BARDIN, 2011).

Para tanto, o processo analítico deu-se em três momentos:

- (1) Pré-análise: com objetivo a organização do material empírico, sendo a “leitura fluante¹²” das entrevistas transcritas o primeiro passo, com vistas a impressões iniciais e recorte do texto em unidades comparáveis de categorização;
- (2) Exploração do material: consistiu em operações de codificação com intenção de transformar os dados brutos em dados organizados com representação do conteúdo, ou seja, há codificação do material associada aos núcleos de sentido;
- (3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: procedimento em que os resultados alcançados se mostraram significativos e válidos, foram interpretados e expostos de forma a recompor o fenômeno, com o olhar voltado para as práticas obstétricas e vivências da mulher no processo da parentalidade, resultando em três categorias que serão descritas nos resultados deste estudo.

Vale citar que não foram utilizados softwares qualitativos e, como parte de nosso processo interno de garantia da qualidade antes da publicação, tanto as entrevistas como as codificações foram revisadas pela orientadora do estudo, até o consenso quanto à potência das informações obtidas e definição das categorias. Ademais, as participantes da pesquisa, que foram entrevistadas na segunda etapa, receberam os excertos de suas falas já analisadas e interpretadas e validaram através de devolutiva positiva com sugestões de ajustes discretos quanto às formas de expressão e pontuação.

4.5 PARTICIPANTES E SUA LOCALIZAÇÃO

Foi iniciada a aplicação do T-IHAMC em pessoas que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: (1) ser mulher com idade igual ou superior a 18 anos no momento pós-parto imediato¹³; (2) ter tido qualquer tipo de parto na Instituição elencada ao estudo e (3) ter aceitado contribuir com a pesquisa de forma voluntária.

Como perda amostral, nessa primeira etapa da coleta de dados: (1) mulheres que tiveram alta com menos de 24h e/ou (2) não quiseram respondê-lo por questões

¹² “um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material” (BARDIN, 2011).

¹³ Primeiras 24 horas pós-parto.

emocionais ou qualquer outro motivo citado por elas como forma de recusa – aqui se considera o direito inerente da participante.

Para a etapa qualitativa, novos critérios de inclusão foram elencados: (1) ter completado a primeira etapa (ter respondido todos os blocos de perguntas do T-IHAMC sobre admissão, internação e pós-alta) e (2) ter aceitado ser entrevistada em domicílio.

Foram excluídas da segunda etapa (1) mulheres que não responderam por três tentativas os contatos a fim de finalizar a coleta de dados através do T-IHAMC; (2) mulher com impossibilidade de prover narrativa compreensível¹⁴ e (3) mulher cuja criança antes, durante ou após o nascimento foi a óbito ou foi encaminhada à Unidade Neonatal em função de alguma intercorrência.

Para localizar as mulheres participantes em potencial, toda mulher que pariu na Maternidade elencada ao estudo e que atendeu aos critérios de participação citados anteriormente foi convidada pela pesquisadora.

Diante do interesse da mulher em integrar o estudo, a pesquisadora explicou o estudo, realizou esclarecimentos diante de dúvidas e confirmou o interesse da participante em integrar o mesmo. Confirmando-se o interesse, o TCLE (APÊNDICE A) foi apresentado e lido com a mulher. Esta e a pesquisadora assinaram o termo em duas vias, pactuando o desenvolvimento do estudo e já registravam o contato para a finalização do termômetro após a alta.

4.6 LOCAL DE ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido na unidade materno-infantil de um hospital privado, localizado em um município do interior do Estado de São Paulo, com população estimada em 239.597 habitantes, segundo dados demográficos (IBGE, 2019).

O referido hospital atende prioritariamente gestantes conveniadas ao referido plano de saúde, porém, também atende partos particulares (desembolso direto). É considerado de médio porte, nível de atenção secundária, conta com 120 leitos em todo hospital, sendo destes 40 de Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Alojamento Conjunto. Conta com um Pronto-atendimento de GO e um Centro Obstétrico composto por uma sala de cesárea e uma suíte de pré-parto, parto e pós-parto. No ano de 2019, ocorreram,

¹⁴ Por exemplo, idioma que não seja o português ou comunicação por libras. Sendo que foi aplicado o Termômetro por completo em duas puérperas surdas, com apoio de interlocutor e/ou aplicativo de celular e uma puérpera pós-óbito fetal com 31 semanas de gestação. Porém, essas não se aplicam para a segunda etapa da coleta de dados, que seria a entrevista em domicílio, sendo importantes para caracterizar a assistência intra-hospitalar mesmo nesses casos específicos e delicados.

em média, 100 nascimentos por mês no referido hospital, sendo 20% de partos vaginais na população geral atendida e 32% nas primíparas ou multíparas com feto a termo e sem cesárea anterior. A ocupação média da Maternidade foi de 55% dos leitos.

A equipe da área Materno-infantil contava com 11 enfermeiras obstetras, em plantões de 12/36h, cobertos 24 horas e 48 técnicas de enfermagem. Os médicos obstetras, anesthesiologistas e neonatologistas/pediatras seguiam plantões presenciais com cobertura 24 horas por dia.

Tal Instituição foi escolhida como campo de pesquisa para este estudo por ter sido piloto no Programa Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), que com o apoio do Ministério da Saúde, objetivaram melhorar a experiência das famílias em relação ao momento do nascimento, evitar cesáreas desnecessárias, reduzir eventos adversos e, sobretudo, promover o cuidado adequado e oportuno em todo o ciclo grávido-puerperal (ANS, sd).

Vale considerar que, segundo dados da Vigilância Epidemiológica, a cidade onde foi desenvolvido o estudo conta com quatro hospitais-maternidade, sendo um municipal e três particulares. Os partos vaginais representam 28% do total de nascimentos, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 7.47 para 1.000 nascidos vivos, sendo 12% de prematuros e 0,45% de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida do recém-nascido (BRASIL, 2018).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição proponente, com parecer substanciado registrado sob o número 3.955.765, de 06 de abril de 2020 (ANEXO 2), atendendo assim às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que tratam de pesquisa envolvendo seres humanos e pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que precisam de sigilo (BRASIL, 2016).

No primeiro contato foi explicado às participantes o objetivo do estudo e o método de coleta de dados, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), houve espaço para colocação de dúvidas e explicações às mesmas, para só então ser procedida sua assinatura, tanto por parte da pesquisadora quanto da participante. O TCLE teve duas vias assinadas, ficando uma com a participante e outra com a pesquisadora.

Na entrevista com as puérperas, retomamos os objetivos do estudo, seu desenho e certificamos o interesse em continuar sua participação. Antes da assinatura do TCLE, foi

devidamente explicada a necessidade das entrevistas serem gravadas, que cada sujeito teria uma identificação fictícia para manter o anonimato e que as informações coletadas seriam publicadas em periódicos.

Foram esclarecidos os danos e benefícios indiretos, como melhorias nos avanços na área da saúde, reflexões relacionadas à atenção oferecida à mulher, o objetivo do estudo e os riscos que relacionados aos fatores emocionais e psíquicos, constrangimento, sensação de estar sendo analisado e avaliado, tempo de exaustão durante a entrevista e desconforto relacionado às lembranças diretas sobre o momento do parto. Caso isso ocorresse, o serviço onde foi realizado o estudo conta com assistência psicológica mesmo após alta hospitalar e tal puérpera poderia ser encaminhada para esse atendimento especializado.

Foi explicado sobre a decisão livre de interromper a atividade, retomando-a em outro momento ou de desistir da participação em qualquer etapa do estudo sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com a pesquisadora, possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento.

4.7 CONTEXTUALIZAÇÃO

É importante salientar que a pesquisa foi realizada em meio à pandemia de COVID-19. Simultaneamente à chegada do vírus no Brasil, em março de 2020, foram realizadas adaptações em fluxos e protocolos da Instituição elencada ao estudo, com objetivo de evitar a disseminação viral.

A coleta de dados para o teste do instrumento IHAMC ocorreu entre os dias 17 e 20 de fevereiro de 2020. Já o início das entrevistas, oficialmente, se deu a partir dos nascimentos que ocorreram entre os dias 18 de maio de 2020 e 18 de junho de 2020, com a conclusão das entrevistas semiestruturadas presenciais em novembro de 2020.

Nesse período, foram consideradas as recomendações obtidas em Notas Técnicas do então Ministério da Saúde, da FEBRASGO e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) que preconizavam evitar aglomeração, reforçar a higiene das mãos e o uso de máscara. Portanto, em comum acordo com Diretoria Técnica, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Coordenações médicas de GO e neonatologia do Hospital, foi suspensa a visita à Maternidade e a presença do acompanhante por 24h para os binômios em quartos coletivos, por ser uma medida para aumentar a segurança das famílias, visto que pessoas assintomáticas também podem transmitir o vírus.

Já os acompanhantes elegíveis (assintomáticos) permaneciam durante o trabalho de parto e parto fosse ele normal ou cesárea, no pós-parto imediato ainda e somente na sala de recuperação pós-anestésica e, no caso de acomodação coletiva, era liberado(a) o(a) acompanhante elegível do leito um por uma hora (das 17-18h) e o do leito dois por uma hora (das 18-19h).

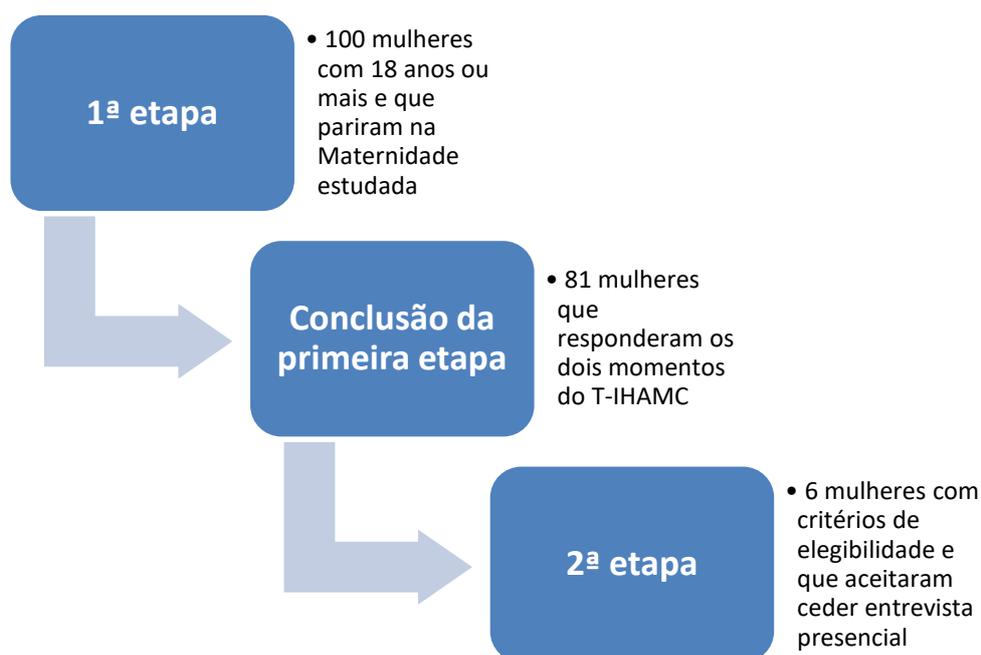
Assim, o risco de transmissão nas acomodações coletivas seria reduzido pelo fato das evidências reforçarem que quanto maior o tempo de contato ou proximidade entre as pessoas, maior a chance de transmissão da doença por aerossóis e a distância segura de, pelo menos, 2 metros entre os presentes no quarto não seria garantida.

Vale reforçar que, durante as entrevistas presenciais, também foram cumpridos todos os cuidados para evitar contaminação pelos envolvidos no encontro, como uso contínuo de máscaras e higiene das mãos.

5. RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes à aplicação do T-IHAMC com 81 mulheres que atenderam aos critérios de elegibilidade, concluíram todas as respostas do Instrumento até o período pós-alta (primeira etapa) e seis mulheres que cederam entrevistas presenciais após, pelo menos, um mês do nascimento de seus filhos (segunda etapa), conforme Figura 1.

Figura 1 - Etapas da coleta de dados e resultados obtidos entre maio e novembro de 2020



5.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA

As 81 mulheres participantes desta etapa, tinham entre 20 e 45 anos, sendo a média de idade de 31 anos, a maioria se autodeclarou branca 59 (73%), três (4%) pretas/negras, 17 (21%) pardas/morenas/mulatas e 2 (2%) amarelas/orientais.

Foi possível identificar que a maioria das mulheres (98%) falava português e somente duas (2%) precisaram de interlocutores para responder às questões, pois eram surdas.

Em relação ao número de gestações anteriores, 39 (48%) eram primigestas, 29 (36%) eram secundigestas, 13 (16%) multigesta; das que já tinham filhos, 8 (10%) tinham um ou mais partos normais anteriores, 26 (32%) tinham uma ou mais cesáreas anteriores e 16 (20%) tinham um ou mais abortos anteriores.

Quanto ao tipo de gestação, 80 (99%) eram únicas e uma era gemelar (1%). Já quanto à idade gestacional¹⁵ e 3 (3,5%) eram pré-termo (< 34 semanas), 3 (3,5%) pré-termo tardio (34 a < 37 semanas), 17 (21%) termo precoce (37 0/7 semanas a 38 6/7 semanas), 51 (63%) termo completo (39 0/7 semanas a 40 6/7 semanas), 7 (9%) termo tardio (41 0/7 semanas a 41 6/7 semanas) e nenhuma pós-termo (> 42).

Na admissão, 20 (25%) das mulheres apresentaram plano de parto, 21 (26%) tinham, mas não apresentaram e 40 (49%) gestantes não tinham plano de parto.

Aos serem questionadas sobre o motivo de terem procurado por atendimento, 30 (37%) referiram sentirem estar em trabalho de parto com contrações uterinas regulares, 21 (26%) perceberam algum sinal de alerta (bolsa rota, falta de movimentação do bebê ou por sangramento), 2 (2%) referiram estarem com medo de passar da hora por estarem na DPP (data provável de parto), 4 (5%) tinham cardiocografia marcada, 3 (4%) expuseram pico hipertensivo, 5 (6%) marcaram para induzir o parto e 16 (20%) por estarem com sua cesárea marcada.

Em relação aos dados da internação, todas as mulheres relataram que o acompanhante foi de sua escolha e esteve presente no nascimento, sendo que 29 (36%) tiveram seu acompanhante presente em toda internação e 52 (64%) tiveram seu acompanhante presente durante o trabalho de parto e parto, mas não em alojamento conjunto, devido à pandemia de COVID-19.

Em relação ao tipo de parto, 17 (21%) mulheres tiveram parto normal, 2 (2,5%) tiveram parto com uso de vácuo-extrator e 62 (76,5%) tiveram cesárea. Quanto ao fato de

¹⁵ Conforme *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2013).

o profissional ter solicitado permissão para realizar fórceps, vácuo ou cesárea, 64 (100%) das que tiveram tais tipos de parto afirmaram que sim, as demais tiveram partos normais (17). Já em relação ao entendimento sobre os motivos para ter realizado fórceps, vácuo ou cesárea, 64 (100%) das que tiveram tais tipos de parto afirmaram que compreenderam.

Quando questionadas se o profissional que atendeu ao parto se apresentou, 75 (92,5%) afirmaram que sim e 6 (7,5%) disseram que não. Sobre qual tipo de profissional assistiu seu parto, 78 (96%) citaram o médico, 20 (25%) citaram a enfermeira obstetra (EO), ou seja, as enfermeiras obstetras estavam presentes em todos os partos normais e 3 (18%) das 17 que tiveram partos normais afirmam que foram assistidas exclusivamente pela EO. Identificou-se que duas mulheres que tiveram cesáreas e em uma com parto com vácuo-extrator também apontaram a presença da EO.

Em relação à indução de trabalho de parto, 26 (32%) entraram em trabalho de parto espontaneamente, 49 (60,5%) afirmaram que foram direto para cesárea e 6 (7,5%) informaram que receberam indução, sendo 2 com misoprostol[®] e 4 com ocitocina e todas afirmaram que foram consultadas e autorizaram a mesma

Quando questionadas sobre ter permanecido com acesso venoso durante trabalho de parto e parto, das 32 mulheres que entraram em trabalho de parto e não foram direto para cesárea, 4 (12,5%) não tiveram acesso venoso, 17 (53%) permaneceram uma parte do tempo e 11 (34,5%) permaneceram o tempo todo com acesso (8 por ter recebido profilaxia contra *Strepto B* e 3 por receberem medicação endovenosa para alívio da dor).

Das 32 mulheres que entraram em trabalho de parto, 30 (93,5%) afirmaram poder beber e comer durante todo o trabalho de parto e somente 2 não (6,5%). Quanto à movimentação durante trabalho de parto, 28 (87,5%) afirmaram que sim e 4 (12,5%) afirmaram que não receberam qualquer estímulo.

A presença da doula durante trabalho de parto e parto não foi apontada entre as mulheres, devido à proibição pela Instituição, em controle à pandemia de COVID-19.

Quanto ao uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto (chuveiro, bola, cavalinho, massagem, respiração, entre outros), 30 (94%) afirmaram que puderam utilizar sempre que quiseram, uma (3%) afirmou que pôde apenas uma parte do tempo e uma (3%) afirmou que não pôde utilizar. Em relação à analgesia farmacológica durante trabalho de parto, 20 (62,5%) afirmaram que receberam, pois solicitaram, 12 (37,5%) afirmaram que não receberam, mas não solicitaram.

Quando questionadas se consideraram que fizeram muitos exames de toque, 31 (97%) afirmaram que não consideraram excesso, uma (3%) afirmou que sim. E sobre os profissionais terem solicitado permissão/autorização para realizar toque vaginal, todas (100%) afirmaram que sim e que receberam devolutiva da evolução do trabalho de parto, após exame de toque.

Sobre o profissional ter rompido sua bolsa, 26 (81,5%) afirmaram que não romperam e 6 (18,5%) afirmaram que sim, dessas todas afirmaram ter sido solicitada permissão e que entenderam o motivo.

Em relação ao profissional que atendeu o trabalho de parto, 27 (84,5%) citaram o médico, 5 (15,5%) citaram que o médico não estava presente e 32 (100%) citaram que a enfermeira obstetra estava presente no trabalho de parto. Sendo que em relação a estes terem se apresentado à mulher, 31 (97%) disseram que sim e uma (3%) que não.

Já em relação à assistência ao parto, das 19 que tiveram partos vaginais, 16 (84%) afirmaram que foram oferecidas alternativas de posição para o parto no momento do nascimento e 3 (16%) afirmaram que não. Quanto ao puxo dirigido, 16 (84%) afirmaram não terem sido orientadas e 3 (16%) afirmaram que sim. Ainda, 15 (79%) afirmaram que não foram submetidas à Manobra de *Kristeller*, mas 4 (21%) afirmaram que sim.

Sobre a condição perineal após o parto, das 19 mulheres que tiveram parto vaginal, 4 (21%) afirmaram que não havia lacerado e não levaram pontos, 12 (63%) afirmaram que rompeu e que deram pontos e 3 (16%) afirmaram que cortaram e deram pontos.

Quanto ao contato precoce com o bebê, das 81 mulheres entrevistadas, 56 (69%) afirmaram que os bebês foram colocados no seu colo após o nascimento, 24 (30%) afirmaram que não, por não ter sido autorizado pelos profissionais ou não ser possível e uma (1%) referiu recusa, sendo o caso do óbito fetal.

Quanto às questões realizadas após a alta, quando questionadas sobre ter recebido orientações quanto aos sinais de perigo para retornar ao hospital (tais como sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga), 63 (78%) afirmaram que sim e 18 (22%) afirmaram que não sobre todos os sinais, mas alguns sim.

Já quanto à infecção, uma (1%) relatou infecção na sutura perineal, demais não relataram infecção alguma.

Com relação à experiência vivenciada, quanto a ser deixada sozinha pelos profissionais em algum momento que estava preocupada, angustiada ou com medo, 73 (90%) afirmaram que não e 8 (10%) afirmaram que sim e foram os casos em que os recém-nascidos foram transferidos para UTI neonatal.

Já quando questionadas se durante a internação, elas passaram por alguma das seguintes situações, 4 (5%) afirmaram que pediram algum tipo de informação sobre sua saúde ou sobre seu bebê e não obtiveram resposta, 6 (7,5%) se sentiram desrespeitadas, discriminadas, constrangidas, envergonhadas ou assustadas (amamentação/sem bico; médico não queria deixar ela conversar com marido para escolher tipo de parto na madrugada; uma não exemplificou o ocorrido; uma se sentiu assustada com a cesárea de emergência por iminência de eclampsia e RN que precisou de UTI neonatal com 31 semanas; uma pelo médico não ter solicitado permissão para fazer episiotomia; uma por estar sozinha, sem acompanhante e se sentiu insegura), 3 (4%) afirmaram que falaram de modo ríspido/grosseiro com ela, 2 (2,5%) citaram outras situações (uma citou informações desencontradas entre profissionais sobre o uso do top materno; e a segunda disse que não gostou de alguns comentários fora de contexto na hora do expulsivo, mas como ela estavam bem preparada, não a abalou), uma (1%) falou que fizeram procedimento sem sua permissão (médico fez episiotomia sem questioná-la) e 65 mulheres (80%) não citaram nenhuma das situações anteriormente citadas.

Quanto à privacidade durante a internação, 4 (5%) sentiram que não tiveram privacidade, 7 (9%) sentiram que tiveram mais ou menos sua privacidade respeitada e 70 (86%) sentiram que tiveram sua privacidade respeitada.

Quando questionadas se suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade, 66 (81,5%) afirmaram que sim, 9 (11%) citaram que não tinham escolhas por ter sido cesárea de urgência, 5 (6%) afirmaram que algumas escolhas foram levadas a sério outras não e uma (1,5%) afirmou que sua escolha não foi levada a sério, mas não quis exemplificar.

Quanto a ter sido separada de seu bebê, 29 (36%) não foram separadas, 42 (52%) foram separadas para pesar, dar banho ou fazerem algum procedimento, uma (1%) afirmou que o bebê foi levado ao berçário, 8 (10%) afirmaram que o bebê foi internado na UTI/UCI neonatal e uma (1%) afirmou que o bebê foi levado para fazerem um procedimento nela.

Já em relação ao atendimento prestado a elas e seus filhos na maternidade ter sido seguro, 72 (89%) consideraram seguro, 8 (10%) consideraram mais ou menos seguro e; uma (1%) disse que não considerou seguro o fato de uma técnica de enfermagem não ter usado luvas para auxiliar na amamentação.

E, por fim, quando questionadas se indicariam/recomendariam essa maternidade para alguma outra mulher, 69 (85%) indicariam, 10 (12,5%) indicariam, mas com alerta ou que a mulher tenha um plano de parto e duas (2,5%) não indicariam (uma por não fazerem cesárea, quando ela solicitou; a segunda não exemplificou, mas teve um parto normal com episiotomia e o médico empurrou sua barriga na hora do expulsivo).

Considerando os indicadores referentes ao cuidado livre de danos, segundo o TSM, apresentados a seguir na Tabela 2, foi possível inferir um compilado sobre a assistência prestada na Maternidade em estudo.

Tabela 2 - Indicadores referentes ao cuidado livre de danos na Maternidade campo de estudo

Cuidado livre de danos físicos =

(0 tiveram laceração perineal de 3º e 4º graus
 + 78 mulheres com perda sanguínea < 1000ml
 + 80 mulheres sem infecção
 + 80 bebês a termo com Apgar > 6 (desconsiderado o caso de óbito fetal)
 + 73 bebês a termo que não foram transferidos para unidade de cuidados intensivos/total de mulheres 81)
 x 100 = 383.

Cuidado livre de danos segundo a percepção da mulher sobre segurança =

(73 mulheres que não foram deixadas sozinhas quando estavam preocupadas
 + 80 mulheres que não sentiram que não foram levadas a sério/total de mulheres 81)
 x100 = 189.

Cuidado livre de danos combinado =

[(81 mulheres sem laceração perineal de 3º e 4º graus
 + 80 mulheres com perda sanguínea < 1000ml
 + 80 mulheres sem infecção
 + 80 bebês a termo com Apgar > 6
 + 73 bebês a termo que não foram transferidos para unidade de cuidados intensivos
 + 73 mulheres que não foram deixadas sozinhas quando estavam preocupadas
 + 80 mulheres que não sentiram que não foram levadas a sério)/total de mulheres 81]
 x 100 = 675.

É importante salientar que, segundo Alonso (2020), até o momento não há uma interpretação para os resultados obtidos com o cálculo anteriormente exposto, o que seria uma forma de caracterizar quão danoso são os cuidados que as mulheres estão recebendo na Instituição.

Observou-se que a Maternidade estudada promovia uma assistência que resultava em algum grau de dano à mulher e/ou ao bebê, sobretudo, quando se tratava dos cuidados

livre de danos “combinados” que se referem às percepções das mulheres ouvidas somadas aos cuidados efetivamente recebidos.

5.2 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA

Os resultados referentes às seis entrevistas semiestruturadas são apresentados sob três categorias temáticas: “Conhecimento prévio: potência para parir e cuidar”; “Postura profissional e o tornar-se mãe” e “Importância da rede de apoio e a pandemia na consecução do papel materno”.

Vale informar que as entrevistas tiveram um tempo médio de 41 minutos de duração, tendo a menor 25 minutos e a maior 60 minutos. E as especificidades de cada mulher encontram-se exposta na Tabela 3.

Tabela 3 - Especificidades das mulheres entrevistadas

Nome fictício	Paridade	Idade	Tipo de parto	Tipo de acomodação	Tempo Entrevista	Observações
Íris	Primigesta	30 anos	Parto normal com laceração grau I	Apartamento	Um mês após o parto	
Violeta	Quartigesta, com 3 abortos anteriores	33 anos	Cesárea por “solicitação”	Apartamento	Um mês após cesárea	
Tulipa	Primigesta	27 anos	Cesárea por “solicitação” e oligoâmnio	Coletiva	Um mês após cesárea	
Rosa	Primigesta	31 anos	Parto normal com analgesia e laceração grau II	Coletiva	Quatro meses após o parto	É psicóloga e doula
Hortênsia	Primigesta	37 anos	Cesárea eletiva	Apartamento	Quatro meses após cesárea	
Margarida	Primigesta	29 anos	Cesárea por “solicitação”	Coletiva	Cinco meses após cesárea	É enfermeira com atuação em ala cirúrgica

5.2.1 Conhecimento prévio: potência para parir e cuidar

As narrativas evidenciaram que o conhecimento prévio das mulheres sobre seus direitos e sobre as vantagens do parto normal foram potentes para o parir e cuidar. E que, a depender do tipo de parto, ainda seria mais impactante não ter o acompanhante.

[...] a gente fica apreensiva e com medo. Se vai dar conta de tudo e eu acho que a minha vantagem foi ter tido um parto normal, porque cesárea eu senti que seria pior [...] eu estava com [...] uma sensação de muita potência. Então, isso me ajudou (Rosa).

[...] não tem problema de ser uma cesárea, mas ser convicta, porque é um processo difícil. [...] eu teria de novo parto normal, porque no mesmo momento eu já levantei [...] para mim foi muito melhor o parto normal e também para cuidar dela (Íris).

[...] a parte difícil [...] ela [enfermeira] colocou meu filho para mamar, saiu e eu fiquei lá sozinha com ele e eu não conseguia virar de lado por causa da cesárea [...] a menina do meu lado tinha tido parto normal e me ajudou (Margarida).

Ainda, apontam que ao conhecerem seus direitos previamente e eles serem negados, principalmente, no que tange ao direito da presença do acompanhante, houve um importante impacto no processo de se tornar mãe.

[...] não ter o meu acompanhante por causa do Coronavírus, segundo o que eu pesquisei, isso não poderia ter ocorrido, porque é lei (Tulipa).

Como se notou nos excertos das falas acima, pode-se identificar que a autoconfiança para parir e cuidar dos bebês também se vinculou ao vivenciado durante o processo de parto e pós-parto, estando diretamente relacionado à presença ou não do acompanhante.

Ainda, sobre a confiança da mulher no parir e no cuidar, ela também apareceu centrada na busca individual pelo conhecimento, na convicção de seus desejos e nas experiências familiares anteriores que condiziam com a etapa antecipatória da consecução do papel materno.

O que eu cultivei durante o pré-natal inteiro foi muita calma, muita tranquilidade, focar muito no potencial feminino [...] no momento do parto, eu só tinha desespero [...] era algo que eu sabia que poderia ter acontecido, mas em nenhum instante eu me preparei para que realmente acontecesse [referindo-se à cesárea] eu não me conectei muito com o meu bebê logo quando eu vi ele [...] foi depois das primeiras duas semanas que eu fui me conectar (Tulipa).

Eu nunca romantizei o parto normal, na verdade. Eu sempre tive medo de sentir dor [...] ouvindo os relatos das mães que tiveram parto normal, até mesmo da minha avó materna e da mãe, que tiveram seus filhos com parto normal, eu não queria mesmo, então, uni o útil ao agradável[...] Olhando ela ali fora, sentia medo de não dar conta [...] (Hortênsia).

Porque eu queria na verdade o parto normal, mas eu tinha medo dos dois partos [...] estudei para isso [...] mas também não coloquei muito na minha cabeça então meio que o que tivesse que ser seria [...] para justamente não me frustrar (Violeta).

Eu queria parto normal [...] mas você tá com 41 semanas, [...] não aguenta mais. E eu acho que o próprio processo da recuperação dificulta nesse primeiro momento de você cuidar do bebê [...] A gente, quando estuda, a gente sabe que é muito melhor parto normal, recuperação muito melhor [...] eu optei porque eu quis, mas a ideia que a gente tem é totalmente diferente na realidade (Margarida).

Eu sou muito segura, eu fiz um intensivo de oito sobrinhos antes [...] E aí vai cuidando das crianças [...] assim eu nunca tive medo de dar banho [...] O meu esposo já não, meu esposo não tem criança na família, [...] mesmo assim eles se empoderou muito [...] para mim foi muito tranquilo, foi fluido digamos assim (Tulipa).

[...] o meu marido tinha bastante experiência, porque teve um irmão 13 anos mais jovem. Eu tinha experiência de cuidar de priminho, afilhado. Então, também ajudou (Rosa).

Houve referência também a crenças, conhecimentos prévios internalizados pela mulher, interferência social externa no puerpério e, conseqüentemente, impactos negativos no processo de se tornar mãe, como o medo, o sentimento de culpa e a tensão.

Eu até fiquei com muito sono, fiquei com medo de dormir, porque minha vó disse que não era para dormir depois de parto nenhum [...] A gente obedece [risos] eu fiquei com muito medo de morrer (Violeta).

De tanto que as pessoas falavam, é o que você come, o que você tá comendo [...] esse dia eu não comi nada e ela teve cólica no mesmo jeito [...] hoje eu vejo [...] é uma coisa dela, do desenvolvimento do intestino dela [...] eu me culpava muito (Íris).

Na maternidade não é ele [referindo-se ao bebê] é a volta, as pessoas, é a casa, eu acho que isso que acaba fazendo às vezes que a maternidade não seja tranquila [...] o em volta também que às vezes acaba deixando a gente tensa (Violeta).

Ainda sobre a influência externa, três mulheres citaram a importância da imposição de limites nos auxílios e de selecionar as informações obtidas em grupos virtuais de apoio à maternidade, valorizando as opiniões produtivas e positivas, considerando as questões que condiziam com a realidade que elas vivenciavam e refutando o que não consideravam benéfico.

Eu acho que se a pessoa pode ajudar [...] ela deve ajudar, mas eu acho que com um certo limite de opinião, porque você já tá ali nervosa, [...] se descobrindo, descobrindo o neném, que é um momento de adaptação. Tem que tomar um pouco de cuidado (Violeta).

Eu saí desses grupos, me mantive só no de gestantes [...] que eu acho que é um grupo bem produtivo. Que não me deixa mal. [...] eu tive que ir entendendo gradativamente o que me fazia bem e o que me fazia mal e também selecionando as pessoas com quem eu converso da minha vida particular (Rosa).

[...] eu participo de um grupo de aleitamento no *WhatsApp*®, e foi muito importante, porque lendo, eu via que as questões que eu passava, o sono, cansaço, vontade de chorar [...] eu percebi que não era só comigo, todas as participantes ali relatavam a mesma coisa (Hortênsia).

Ainda, quanto à confiança para cuidar de seus filhos, além das experiências anteriores, elas citaram como a busca pelo conhecimento perpassou expectativas, frustrações e conquistas com a maternidade.

Fiquei nervosa, comecei a pesquisar na internet forma de ajudar, aí eu vi que tinha um bico de silicone, foi o que me ajudou que esse menino começou a pegar [...] eu tenho vontade, tanto que dou...[...] Mas também eu não me cobro [...] isso não me faz menos mãe dele. Eu crio o vínculo com ele de outras formas (Violeta).

A minha amamentação também foi difícil, porque foi a única coisa que eu não me preparei, porque eu escutava sempre que era algo muito natural, que toda mulher sabe [...] foi através do *YouTube*®, pesquisando [...] Aí eu fiquei mais tranquila. E hoje ele mama super bem (Tulipa).

E por fim, a intensidade do processo da parentalidade e a busca pela etapa de adquirir mais confiança e autonomia foi exemplificada nas falas:

E era uma mudança tão drástica na vida, você perde o chão [...] a gente teve [...] dez meses para se preparar e a gente não tem preparação para isso, é só tendo ajuda mesmo para poder desenvolver confiança [...] Agora não lembro mesmo, já passou (Margarida).

O impacto maior é na vida da mulher. [...] Tem horas que eu me sinto super empoderada, super mulher, mas tem horas que meu falo “Meu Deus do céu que eu fui fazer da minha vida?” [...] é o que dizem você é uma pessoa até o seu bebê nascer, a transformação ela é brusca e é muito nítida (Hortênsia).

Como notou-se nos excertos das falas acima, pode-se identificar que a autoconfiança para parir e cuidar dos bebês veio atrelada às experiências anteriores, mas também se vinculava ao vivenciado durante o processo de parto e pós-parto. Através das falas, percebeu-se certa escassez de educação em saúde durante o pré-natal e toda a internação, as fazendo recorrer às estratégias, como busca on-line. Outro aspecto identificado no estabelecimento da autoconfiança foram as frustrações, principalmente com a via de nascimento e a importância da sororidade através dos grupos de apoio à maternidade. Falas que reforçaram a relação entre o processo de tornar-se mãe com o ambiente em que a mulher vive e convive seja ele virtual ou presencial.

5.2.2 Postura profissional e o tornar-se mãe

Em relação à “Postura profissional e o tornar-se mãe”, o que mais se destacou foi o fato delas considerarem a importância do acolhimento, de atitudes informacionais, do carinho na fala e no atendimento por parte dos profissionais, como forma de promover mais segurança e conforto.

Fui para sala e achei o atendimento das enfermeiras muito bom, elas são muito carinhosas, anestesista conversando comigo brincando, eu achei muito bom, foi me explicando tudo que ela estava fazendo (Violeta).

O médico que deu essa segunda opinião já era um rostinho conhecido. Então, eu senti mais segurança (Tulipa).

Na hora do parto tinha as enfermeiras, tinha a médica, tinha pediatra, todos os recursos que a gente precisava estava lá no quarto e aí a gente sentia mais protegida, mais acolhida (Íris).

A enfermeira obstetra, que estava lá, me passou muita confiança, ela é uma pessoa que realmente sabe o que tá fazendo, tem paciência, mesmo no exame de toque ela vai com calma, ela foi bem tranquila (Rosa).

Houve impacto positivo na identificação dos profissionais e atitudes respeitadas e esclarecedoras. Elas ainda reforçaram a importância das atitudes informacionais e de escuta ativa por parte dos profissionais.

Todo mundo se apresentando [...] você vê que a pessoa não tá indo ali, colocando a mão em você, sem te avisar, falavam, todos os passos (Tulipa).

Eu não senti que teve uma questão de “A gente manda e você faz” [...] porque a gente ouve que tem alguns médicos que falam [...] “não acredito na enfermeira obstétrica”. Mas eles não fizeram isso. Eles [...] ficaram incentivando [...] em nenhum momento ninguém falou de cesárea pra mim, isso eu achei muito bom (Rosa).

Eu deitei na maca, o maior nervosismo do mundo [...] me recepcionaram super bem, se identificaram e tudo [...] anestesista foi uma pessoa muito boa, explicou, se identificou [...] deu um desespero e o anestesista falou “Calma que eu tô aqui do seu lado (Margarida).

A enfermeira com um lençol esticado e eu fazendo força contrária dela que realmente ela nasceu, acho que ajudou bastante [...] achei que fui super bem atendida [...] já levaram imediatamente a neném comigo no peito [...] não tem como explicar assim é uma sensação de alívio (Íris).

[...] eu estava me sentindo tão frágil e parece que você não vai sair daquilo nunca [...] Foi uma abordagem bem carinhosa [...] Ela me trouxe orientações, ela comentou sobre o baby Blues [...] foi uma abordagem equilibrada, pois a psicóloga também me escutou (Hortênsia).

Outro aspecto evidente nas falas dessas mulheres foi quanto à relevância do papel educativo e aconselhador do profissional durante a internação e que fossem orientações flexíveis, carinhosas e individualizadas.

Eu vivenciei coisas muito positivas e [...] o tratamento que muitas mães recebem no hospital, de médicos e equipes de enfermagem, impacta muito no pós-parto [...] a mãe está ali muito frágil e isso é importante para ela resgatar a segurança dela fora do hospital (Hortênsia).

Assim que ela nasceu, as enfermeiras começaram a estimular ela fazer a “sugação” certa [...] jeito de pegar na aréola certinho [...] de fazer a massagem e não jogar água quente [...] ajudou muito, em questão a mamar, à troca [...] eles me ensinaram bastante [...] todo processo que eles me ensinaram lá é o que eu sigo aqui (Íris).

Não custa nada falar do bico [de silicone] [...] a bombinha [...] se tá com dificuldade [...] eu achei muito, muito desagradável [...] pode incentivar e deve incentivar o aleitamento materno, só que você pode ter formas de se chegar naquele mesmo fim [...] Você vai dando opções para mulher escolher [...] você vai conversando, de uma forma carinhosa (Violeta).

Sobre os cuidados ensinaram bem [...] Mas assim, para você pegar o jeito sim, só quando chega em casa, praticando, até você pegar confiança (Margarida).

Já em relação às posturas e falas negativas por parte dos profissionais, as mulheres entrevistadas traziam percepções sobre a experiência delas no Hospital, percepções essas que são reforçadas pelos dados obtidos através do T-IHAMC e resultaram em medo, insegurança, e apreensão, caso não estejam informadas previamente. Ao contrário de quando o profissional se apresentava e já conhecia previamente a gestante, o que gerou mais confiança.

O que me deu também medo foi o fato do médico entrar na sala e falar que as outras cesáreas que eles tinham feito anteriormente estavam todas sangrando [...] Tentei não deixar isso influenciar [...] fiquei bem tensa (Violeta).

Ele falou “deu um probleminha aqui no ultrassom e eu não consegui ver” [...] eu falei, alguma coisa tá errada [...] o médico que me atendeu falou que não “tava” seguro para induzir meu parto [...] isso que me desestabilizou, toda calma, toda positividade, a espera da dor, que eu tinha me preparado [...] eu só tive desespero (Tulipa).

Veio um médico [...] fez exame e falou “são quatro centímetros só [...] Talvez vai demorar muito”, só que eu internamente tava muito preparada para o trabalho de parto [...] pensei “vai ser rápido” [...] Um dos médicos falou “Acho que ela não vai aguentar, ela tá desfalecendo”. E isso me assustou um pouco [...] era um anestesista bem grosso, bem rápido (Rosa).

Começaram ver que a barriga tava alta ainda Eu fiquei um pouco apreensiva, porque aí vem a outra e “tá alta mesmo” e ninguém fala nada para você, como se você fosse uma peça de presunto ali (Violeta).

Não me afetou o que eu vivi no trabalho de parto, não me afetou o que eu vivi lá na maternidade, por conta de eu ter toda uma bagagem de muitos anos de terapia, 11 anos. [...] Agora o que a moça falou sobre a fralda, isso me afetou [...] nas primeiras semanas, eu fiquei um pouco hiper-reativa. Então, eu queria trocar mais fralda (Rosa).

Eu queria parto normal, então, falar que vou querer cesárea é uma mudança, mas você tá com 41 semanas, você tá que você não aguenta mais [...] se eles tivessem chegado e conversado um pouco antes [...] deu azar que bem com esse médico eu não tinha passado no pré-natal ativo, então não conhecia ele [...] que eu passei com vários lá, isso é uma parte boa de passar no pré-natal ativo, porque você, pelo menos, sabe a cara da pessoa (Margarida).

Era uma médica que gera uma ansiedade na equipe, eu não sei se ela é muito dura, mas tava todo mundo muito agitado com ela [...] isso também foi muito ruim. Ela [médica] falou “Pode ser anemia e você pode estar entrando em choque.” Aquilo, realmente me deu um choque (risos) (Rosa).

Nessa interface, atitudes que julgassem ou desvalorizassem as sensações, os momentos e as falas das mulheres ou ainda a falta de sensibilidade dos profissionais também impactou negativamente na percepção delas em relação à assistência recebida durante a internação.

Eu falei “eu tô sentindo dor na minha barriga [...] eu percebi que foi feito o corte [...] eu acho que eu não deveria ter sentido a dor [...] Quando foi para tirar o neném, eles apertaram costela, a costela esquerda médico apertou não doeu, mas na hora que apertou a direita eu senti para mim fez até um “cleque”. Eu pensei “quebrou minha costela” (Violeta).

Além de apertar, forçavam a cabeça dele contra meu peito. E esse menino esgoelava, esse menino ficava roxo, aí “vamos mudar de posição”, “Coloca ele assim, invertido, corpinho para trás”, [...] toda hora tirando a roupa dele [...] Eu morri de dó [...] Se você não consegue amamentar, eu acho que o julgamento é horrível, porque vieram até me perguntar “Você quer realmente amamentar?”, como se eu não tivesse ali com o peito escancarado, ardendo e vendo menino chorar e não falando nada [...] Eu achei que faltou esse acolhimento assim de uma forma geral (Violeta).

Eu acho que faltou um pouco de sensibilidade, sensibilidade de perceber. Precisava ver os sinais vitais como elas vinham sempre? Precisava! Precisava vir ver se contração uterina? Precisava. Só que precisava também de um “Você quer você quer que eu olhe ele um pouquinho para você ir tomar banho, você quer que eu olhe um pouquinho para você comer?” Você quer ajuda para levantar? Então, o que a gente passou ali vai ficar pra sempre guardado comigo (chorando) (Margarida).

[...] eu vejo que tem muitas pessoas que trabalham no Hospital que tem essa tendência a querer maltratar os outros, né? [...] Eu não sei se algum tipo de relação de poder, de você estar ali vulnerável, né? Mas me deu essa impressão assim, que a pessoa queria fazer um juízo de valor ou entendeu que sei lá, minha vida é fácil (Rosa).

Eu acho assim que falta um pouco, de não falar “normal”, tá bom é normal, mas porque tá doendo, então explica. Olha é normal por tal e tal coisa, mas você vai ver vai passar e não só é normal então tá bom (Margarida).

O pior episódio, do que eu vivi no hospital [...] ela [referindo-se à técnica de enfermagem] olhou para mim e falou assim “mas é um absurdo isso, mas é muito errado isso” [...] “é muito errado deixar o filho com a fralda suja” [...] “Nada justifica deixar um filho com fralda suja.” [...] eu fiquei com olho cheio de lágrima, mas eu falei para ela “Justifica, porque eu estou muito cansada. Eu estou sem acompanhante, a gente tá no meio de uma pandemia, eu acabei de ouvir que eu posso fazer uma transfusão de sangue e uma fralda é uma fralda e ela falou

assim “não, porque na vida você vai passar por coisas muito difíceis”
Eu falei “eu sei” e eu falei “a minha vida nunca foi fácil.” (Rosa).

Com base nos relatos das mulheres entrevistadas, foi possível notar que falas e atitudes dos profissionais evidenciaram condutas violentas, abusivas e desrespeitosas, envoltas de julgamentos feitos a partir de percepções individuais, ideologias e preconceitos pessoais, normalmente, relacionados aos valores morais.

Paralelamente, elas expuseram situações positivas vivenciadas em momentos da internação, que contemplaram a etapa formal do processo de consecução do papel materno e favoreceram, segundo elas, as sensações de segurança, acolhimento e conforto, sendo citadas falas e atitudes de profissionais esclarecedoras, envoltas de carinho, respeito e escuta ativa.

5.2.3 Importância da rede de apoio e a pandemia na consecução do papel materno

Aspectos de extrema relevância nas falas das mulheres foram a importância da rede de apoio, sua fragilização no contexto pandêmico e as repercussões na consecução do papel materno, considerando que o micro, o meso e o macrossistema foram alterados com as recomendações para evitar contágio e disseminação da doença em questão.

Prova disso foi quanto a ausência do acompanhante no processo de parir e cuidar esteve marcada enquanto experiência negativa às mulheres deste estudo. Tal experiência foi consequência dos novos protocolos institucionais, devido à pandemia de COVID-19, que intensificou sentimentos de dor, insegurança, exaustão e impotência ao privarem o acompanhante.

[...] essa parte foi difícil, porque eu fui para o quarto e aí eu sabia que ele ia ter que ir embora, então foi doloroso (Rosa).

[...] Foi uma coisa que eu nunca vou esquecer, de estar ali a noite, sozinha, tentando falar no WhatsApp® com o meu marido, tentando não chorar, porque se ele visse eu chorar, ele ia ficar nervoso e eu ali com aquele bebê pensando “não vou dar conta de cuidar dele sozinha”. Daí eu pensava “não, eu vou conseguir, eu tenho que ser forte por ele” (Margarida).

[...] primeira noite, a gente passou sozinho. E para mim foi difícil [...] eu estava exausta (Tulipa).

Estava bem no começo da COVID, e eu acho que ali na Maternidade estão acostumados a sempre ter acompanhante, a mulher nunca está sozinha [...] os cuidados são diferentes quando tem o acompanhante [...] a equipe não estava acostumada não ter acompanhante (Margarida).

Houve referência também à falta da presença da doula, como apoio contínuo à mulher em trabalho de parto, sobretudo, nos momentos em que o acompanhante era direcionado para processos burocráticos exigidos pela Instituição.

[...] eu cheguei e o meu marido foi fazer os papéis [...] é muito burocrático [...] nesse momento [chegada na sala de parto] eu fiquei completamente sozinha [...] eu tive muitas contrações [...] nessa hora eu senti como a doula faz diferença [...] ela fica com você o tempo todo, fez falta (Rosa).

Os relatos das mulheres entrevistadas reforçaram a importância do suporte promovido pelo acompanhante de sua escolha e de profissionais como forma de promover segurança, acolhimento e conforto em momentos de vulnerabilidade, vivenciados na Instituição.

Um dos fatores expostos pelas mulheres como essenciais para facilitar o processo de se tornarem mãe foi a importância do suporte profissional e do acompanhante ainda no hospital. Esse apoio, segundo elas, favoreceu o descanso e o conforto em um período desafiador.

[...] no segundo dia, eu já tive uma acompanhante no quarto [...] foi bom. Ter outra pessoa no quarto, mesmo que não fosse meu acompanhante (Tulipa).

[...] Ter um quarto com um apartamento, que é aquele que o marido pode estar lá é a melhor coisa [...] foi fundamental, porque depois eu estava muito cansada. E muito preocupada também. [...] ele conseguiu ficar com ela, cuidar dela, enquanto eu poderia descansar um pouco (Íris).

[...] No quarto, tive toda assistência, do início ao fim, foi muito importante a presença das técnicas, a todo momento que eu precisava [...] o meu esposo também [...] sou uma pessoa privilegiada dentro do universo de tantas mães (Hortênsia).

Outro elemento considerado relevante e favorável à consecução do papel materno foi o suporte profissional pós-alta ao binômio mulher e bebê, tendo como características importantes do atendimento o carinho, o cuidado, a segurança e as informações condizentes com suas expectativas com a maternidade.

Ligaram também, de lá do hospital, tem o centro que cuida de amamentação, ligou perguntou se tava tudo certo. Como é que tava, se

o leite já tinha descido. [...] Eu achei bom ter ligado, porque a gente sente como um carinho (Íris).

A gente tem bastante informação, apesar da gente estar cansada e ser tudo muito novo [...] deixam bem claro que a gente pode ligar, se tiver alguma dúvida e eu cheguei a ligar [...] tinham me dado um cartãozinho da consultora e tudo mais (Tulipa).

[...] recentemente que eu conversei com a doutora [referindo-se à obstetra] por telemedicina. E me deu um super alívio [...] me deu um conforto e uma médica mais humanizada, que sabe de aleitamento. Então, ajudou (Rosa).

Eu já tinha passado no Espaço Nascer com as meninas da amamentação [...] nós saímos de lá confiantes [...] deu super certo para ele continuar amamentando, porque senão eu acho que eu já tinha desistido e ele já não estaria mais mamando no peito com certeza (Margarida).

[Sobre atendimento psicológico] Ela me disse que eu poderia buscar assistência depois, caso eu me sentisse deprimida, se eu precisasse de apoio, que era pra eu não deixar aquele estado emocional piorar, que era para buscar ajuda, que tinha ajuda aqui a ser oferecida (Hortênsia).

Ainda, trouxeram nas falas uma relação da diferença que a rede de apoio fez no seu tornar-se mãe, evidenciando que poderia ter sido diferente se pudessem ter tido, já no hospital, este apoio familiar para facilitar o descanso, a segurança, o conforto e o auxílio com as atividades diárias, reforçando a considerável relação com o ambiente em que está inserida essa mulher.

Minha mãe, minha irmã, elas vêm [...] me ajudam, porque meu marido trabalha, não tem como ele me ajudar tanto na madrugada. E eu consigo descansar (Íris).

[...] Meu esposo me ajudou bastante, se ele tivesse lá no hospital como meu acompanhante, eu sei que eu poderia dormir e relaxar e se eu tirasse um sono longo, já ia fazer uma diferença (Tulipa).

[...] Quando eu cheguei em casa, foi um super alívio [...] não, eu não tive medo nenhum, porque eu estava na minha casa e meu marido estava aqui [...] meus pais me ajudavam com essa questão de comida, trazendo aqui. Isso ajudou bastante (Rosa).

Se não fosse ele [referindo-se ao marido], eu já tinha desistido, porque dói muito e você sozinha cansada no desespero da dor, com certeza já tinha desistido [...] todo dia a minha mãe, meu pai e minha irmã estavam lá “Vocês tão precisando dormir? A gente fica um pouquinho com ele”. Minha mãe levava almoço, lavava roupa (Margarida).

Através das falas das participantes da pesquisa, ficou evidente que, diante do contexto da pandemia de COVID-19, não ocorreram as oficinas de gestantes, houve alteração estrutural e de fluxos para atendimentos. Elas reforçaram que esses eventos impactaram na parentalidade.

Eles cancelaram todos os cursos, cancelaram a visita na maternidade, então é uma coisa que eu não posso muito falar, porque eu não tive realmente (Íris).

No hospital, acho que por conta do Corona, a gente também não tinha muito contato com as enfermeiras e uma coisa que eu sempre me pergunto “como que você vai perguntar uma coisa que você não conhece como é?” porque você não tem dúvida daquilo que você não conhece. Então [...] para você tá certo (Tulipa).

[...] a moça que me atendeu, ela me disse que não era da maternidade, [...] por conta do COVID ela tava fazendo o trabalho dela ali e que ela estava grávida. [...] Ela me falou assim “eu não sei direito o trabalho aqui, mas você já fez o cardiotoco antes, sabe como é”, falei “sei, mas estou com muita contração e é horrível ficar deitada” (Rosa).

Também, como reflexo da pandemia, tiveram aspectos positivos nas visitas e dinâmica familiar, apesar do medo de contrair a doença.

Meu esposo estava afastado da firma por conta do corona. Isso é uma parte boa, porque senão ele estaria trabalhando. E eu iria ficar sozinha como muitas mulheres ficam [...] era desesperador. [...] foi ótimo ele aqui, que eu me sinto mais segura (Tulipa).

Com essa história do COVID, a gente não estava esperando que os nossos pais viessem [...]. Eles vão querer fazer de um jeito que não é o nosso. Então, assim por um lado foi bom, porque evitou isso, a gente começou a cuidar dele do nosso jeito (Rosa).

Como eu fui uma gestante de pandemia, as visitas ficaram bem restritas [...] a presença da minha mãe, a nossa auxiliar que faz a limpeza daqui da minha casa [...] diminuiu o fluxo de pessoas, mas mesmo assim a qualidade do apoio que eu tive foi muito boa (Hortênsia).

A questão do COVID e eu como puérpera vendo notícias de, puérperas falecendo [...] então, eu tive muito medo [...] hoje o sentimento de gratidão. Ele, não digo que substituiu o medo, porque o medo ainda existe, mas ele se tornou muito maior e o amor, o amor de mãe para o filho é indescritível (Hortênsia).

6. DISCUSSÃO

O conjunto de achados na primeira etapa evidenciou que as mulheres atendidas na Instituição elencada ao estudo tinham em média 31 anos, a maioria falava português e se considerava branca, o que condiz com a realidade das maternidades privadas no país, conforme abordado no estudo de Freitas e Fernandes (2016), realizado em Santa Catarina.

Quando correlacionados os dados obtidos com o T-IHAMC com as seis mulheres entrevistadas, a maior parte das mulheres era primigesta, com gestação a termo, tinha plano de parto e internou via pronto atendimento, pois sentiram que estavam em trabalho de parto ou perceberam algum sinal de alerta, o que correspondeu a 63%, seguidas pelas que estavam com a cesárea marcada (20%). Porém, através dos dados registrados no prontuário e coletados no T-IHAMC, foi possível identificar que elas não estavam em trabalho de parto ativo, apenas 18,5% estava com 4 a 7cm de dilatação e com contrações regulares. Consequentemente, 76,5% das mulheres que responderam ao questionário e 66% das entrevistadas na segunda etapa tiveram cesárea.

Segundo Schneck e Riesco (2006), “não existe um “momento ideal” para a internação da gestante em trabalho de parto” e sugerem que ocorra na fase ativa por tratar-se de condição oportuna, quando a evolução do trabalho de parto costuma ocorrer com maior velocidade e a vigilância do bem-estar materno e fetal deve ser intensificada.

Vale considerar que a maioria das entrevistadas que teve cesárea relatou a cesárea por “solicitação”, o que levou à reflexão acerca da postura do profissional na tomada de decisão quanto à via de parto, se ela seria uma escolha com base em sua autonomia ou uma indução por parte do obstetra (REITER et al., 2018; WEIDLE et al., 2014) e até mesmo por efeito nocebo, baseada no medo e na ameaça através da fala do profissional (DINIZ, 2016). Além disso, a falta de informação pode resultar em intervenção precoce e no índice de cesárea que divergiu do recomendado pela OMS e convergiu com a realidade das maternidades privadas do Brasil (MILLER et al., 2016; WHO, 2018).

Essa precocidade na busca pela assistência pode demonstrar falta de informações seguras e baseadas em evidências no pré-natal, sobretudo, por tratar-se de uma Instituição que possuía um serviço primário para assistência ao pré-natal e pós-parto, conforme citados pelas mulheres, o “Pré-natal Ativo”.

Tal serviço deve ser articulado de forma efetiva com o hospital para garantir a qualidade da atenção, proporcionando informações com base em evidências para que elas tenham autonomia para a tomada de decisões conscientes acerca do cuidado que preferem

para si e para seu filhos e recebam orientações com intuito de capacitá-las previamente para a etapa formal do processo da parentalidade (BRASIL, 2017; DELICATE et al., 2018; MEIGHAN; MERCER, 2004; MERCER, 2004; PACAGNELLA et al., 2018).

Diante dos dados, observou-se que ocorreram 16% episiotomia (uma sem consentimento), 76,5% das mulheres tiveram cesárea e 54% foram separadas do filho para algum cuidado ou procedimento, sendo que uma mulher expôs a ausência de consentimento para a realização de episiotomia e o *Kristeller*. Tais atos de violência devem ser extintos por terem relação com direitos violados e indicarem abuso, danos e maus-tratos durante o parto (DINIZ et al., 2016; DOWNE et al., 2015; 2018; PEREDA-GOIKOETXEA et al., 2019). É importante considerar que, baseadas em informações claras fornecidas pelos pré-natalistas, as mulheres terão mais segurança para evitar intervenções desnecessárias e de rotina tanto nela como em seu filho, tais como episiotomia, cesárea e separação do binômio (BRASIL, 2017; POWER; WILLIAMS; BROWN, 2019).

Há, portanto, uma necessidade premente de fortalecer a atuação das enfermeiras obstetras e obstetritzas como forma de mitigar os eventos adversos e as intervenções desnecessárias, além de favorecer efetivação das boas práticas recomendadas pela OMS (DINIZ, 2009; FIOCRUZ, 2014; MILLER et al., 2016; BRASIL, 2017; SANDALL et al., 2015). Essas profissionais estavam presentes em todos os trabalhos de parto, mas não de forma exclusiva nos partos, quando o médico assumiu a condução.

Além disso, diante do exposto na Tabela 2, observou-se que a Maternidade estudada promovia uma assistência que resultava em algum grau de dano à mulher e/ou ao bebê, sobretudo, quando se tratava dos cuidados livre de danos “combinados”, o que evidenciou a importância das percepções das mulheres ouvidas somadas aos cuidados efetivamente recebidos para a constituição desse indicador.

Diante de tais achados, é importante recordar as recomendações da OMS, fortalecendo o cuidado individualizado e respeitoso às gestantes, a disponibilidade e o uso de métodos para aliviar sua dor, entre outras boas práticas comprovadamente favoráveis à saúde da mulher e criança (MILLER et al., 2016; WHO, 2018).

Portanto, os profissionais de saúde que atuam, especialmente, na área materno-infantil deveriam agir com acolhimento, respeito e baseados em evidências científicas, favorecendo um atendimento seguro, digno e com não uso de intervenções desnecessárias em um momento que deve ser diferenciado da díade saúde-doença (BRASIL, 2017;

DINIZ, 2009; MILLER et al., 2016), apesar de estarmos vivenciando um período de pandemia.

Vale ressaltar também que as mulheres citaram nas entrevistas o impacto da recuperação física na etapa formal da consecução do papel materno e a expectativa a princípio de evoluir para parto normal, seguida pela frustração com a cesárea sem indicação clínica, sentimentos evidenciados nos estudos de Diniz et al., (2016) e Salgado, Niy e Diniz (2013). Em contrapartida com o sentimento de potência das mulheres entrevistadas que tiveram partos normais e se mostraram favorecidas pela via de parto dada à recuperação física e à demanda de cuidados por parte da criança.

Identificou-se que todas as mulheres tiveram acompanhante no processo de parto, seja ele por via vaginal ou cesariana. Contudo, a grande maioria (64%) das mulheres foi privada deste direito no período pós-parto, aspecto que está diretamente influenciado com a experiência vivida no período, sendo negativo quando o acompanhante esteve ausente e positivo quando o direito lhe foi garantido. Reconhecer que a presença do acompanhante é fundamental na promoção do alívio e enquanto uma rede de apoio para o novo cenário vivenciado (MILLER et al., 2016; WHO, 2018).

Em pesquisa nacional que retratou a realidade brasileira no quesito acompanhante no parto e pós-parto, expôs uma dura privação deste direito às mulheres, com resultados que denunciam o momento do parto como um período ainda mais crítico de privações. A saber, 70,1% estiveram acompanhadas durante a internação, 42,1% durante o trabalho de parto, 32,7% no momento do parto e 61,3% no pós-parto (DINIZ et al., 2014).

Em outra pesquisa, apenas 51,7% das mulheres tiveram o acompanhante durante o trabalho de parto, enquanto apenas 39,4% permaneceram com ele no parto, 34,8% na cesárea e apenas 18,8% tiveram a presença contínua da parceria de sua escolha (MONGUILHOTT et al., 2018).

Vale ressaltar que ambos os estudos sobre a presença de acompanhantes foram realizados anteriormente à pandemia de COVID-19, o que se torna ainda mais alarmante, pois, os números já denunciavam uma ameaça à privação do direito ao acompanhante, ora no período de parto e nascimento, ora no período puerperal.

No presente estudo, já atrelado ao momento da pandemia, a ausência do acompanhante em Alojamento Conjunto na Instituição, esteve justificada às medidas de contenção. As mulheres que permaneceram em acomodação coletiva sofreram mais o impacto dessa privação, pois às mulheres que possuíam acomodação apartamento, esse

direito não foi negado, o que reforça a importância da relação com o ambiente em que ela está inserida, sobretudo, na etapa formal do tornar-se mãe até que ela alcance autonomia nos cuidados até atingir a identidade materna (MEIGHAN; MERCER, 2004; MERCER, 2004).

Assim, pressupõe-se que os direitos no que tange ao acompanhante no momento de parto e pós-parto, sobretudo, ao período puerperal, está sob ameaça diante dos protocolos higienistas impostos.

Há que se destacar que apesar de todas as recomendações de controle da disseminação do SARS-CoV2, órgãos internacionais (WHO, 2020) e nacionais (BRASIL, 2020a, 2020b) seguem recomendando a presença do acompanhante durante o parto, mesmo em gestantes sintomáticas ou positivas para SARS-CoV2. Aspecto este que não condiz com a realidade deste estudo, uma vez que todas as mulheres eram assintomáticas e/ou sem resultado positivo para infecção pelo SARS-CoV2.

Entretanto, concomitantemente, o Ministério da Saúde do Brasil assinalou aos hospitais que poderiam restringir o número de acompanhantes e visitas, em respeito à saúde coletiva e aos protocolos para diminuição da circulação de pessoas, o que veio intensificar as fragilidades do respeito ao direito das mulheres (SANTOS et al., 2020; CHERON et al., 2020; JOLIVET et al., 2020).

Assim, nos questionamos: a privação do acompanhante somente aconteceu pela contenção viral? As instituições de saúde estão empenhadas na valorização e na garantia do direito às mulheres no que tange ao acompanhante no período de parto e nascimento pensando nas experiências positivas, mesmo na situação de infecção pelo SARS-COV2? A pandemia de COVID-19 está sendo uma justificativa fácil para a privação deste direito?

Neste cenário, já vem sendo propagada a discussão da necessidade de olhar e dar subsídios às consequências psicológicas de mulheres que estão a enfrentar o processo de gestar e parir em meio à pandemia de COVID-19 (SHOREY; CHAN, 2020).

Além disso, é premente promover e dar apoio psicológico às mulheres e famílias que se iniciaram nesse contexto, conforme o mundo caminha para a próxima onda da pandemia (SOKOLOVIC, 2021), experiências essas que podem ser agravadas pela privação do direito ao acompanhante num momento tão peculiar na vida da mulher e família.

Os relatos de solidão, por parte das mulheres em acomodação coletiva, são reforçados pelo estudo de Sweet (2020) que avaliou o “tornar-se mãe” na Austrália,

durante a primeira onda da pandemia por COVID-19 e estão em consonância com este em questão, especialmente, no que tange ao sentimento de solidão, à ausência do acompanhante, às restrições de visitas e à importância do suporte da rede de apoio seja ela presencial ou virtual, considerando que o micro, o meso e o macrosistema foram alterados diante das recomendações para lidar de forma segura com a doença (MEIGHAN; MERCER, 2004; MERCER, 2004).

Além dos relatos de solidão, o estudo de Karavadra et al. (2020) aborda a falta de suporte dos serviços de saúde às gestantes inglesas durante a pandemia de COVID-19. Sentimentos e comportamentos observados também em um estudo transversal realizado nos Estados Unidos por Moyer et al. (2020), no qual abordam relatos de gestantes sobre o aumento da ansiedade, durante a pandemia por COVID-19, afetando profundamente a saúde mental das mulheres. Os autores revelam que fatores independentes da gravidez estavam impulsionando mudanças na ansiedade específica da gravidez, pois houve relatos de aumento do estresse pelo medo da falta de alimentos, perda de emprego ou renda familiar, perda de cuidados infantis, conflito entre os membros com os quais residiam e medo da infecção pelo COVID-19.

Ainda quanto aos sentimentos das mulheres em relação à ansiedade e às consequências psicológicas negativas, é importante analisar aspectos relacionados à confiança para parir e cuidar de seus filhos, pois foram citados pelas participantes aspectos como autoconfiança, busca por informações, perpassando por expectativas e frustrações com a maternidade, fatos que segundo Mercer (2004) e Göbel et al. (2020) são comuns às etapas da consecução do papel maternal e estão relacionado às alterações físicas e emocionais intensas que levam à ambivalência, ao medo e à angústia até que alcancem a autonomia nos cuidados.

Vale salientar, portanto, que as equipes assistenciais das maternidades devem considerar os fatores emocionais, humanos e o contexto sociocultural envolvidos no processo de parto e nascimento (BRASIL, 2017; PEREIRA et al., 2018; VIEIRA et al., 2010). Além de promover educação em saúde e cuidado individualizado com vistas a favorecer uma experiência positiva no parto, garantindo os direitos da mulher como o de ter um acompanhante de sua escolha (MILLER et al., 2016; WHO, 2018).

Ademais, foi citado pelas mulheres que tiveram parto normal, a importância do suporte contínuo durante o trabalho de parto, o que fez referência à importância da doula nesse processo intenso e transformador, com comprovada eficácia na evolução do

trabalho de parto e reforçado pela fala de uma entrevistada (BOHREN, 2017; DOWNE et al., 2018).

Através das falas das mulheres obtidas na segunda etapa da pesquisa, foi possível evidenciar, inclusive, a relevância do conhecimento e experiências familiares com o cuidar. É válido também reforçar que as experiências prévias para cuidar de recém-nascidos, o conhecimento teórico prévio e a efetivação dos cuidados após o nascimento são etapas importantes e positivas no processo de tornar-se mãe até adquirir confiança em seu novo papel (MEIGHAN; MERCER, 2004; MONTIGNY; LACHARITÉ, 2005; SANTOS et al., 2020).

Outros elementos relevantes expostos pelas nutrizes foram o fato de que, apesar de a maioria (90%) não ter se sentido deixada sozinha pelos profissionais, 10% se sentiram desamparadas em momentos de preocupação e citaram interferências externas, tais como julgamentos, recomendações divergentes e suposições. Atitudes essas que resultaram em sentimento de culpa nas mães até adquirem autonomia nos cuidados com o recém-nascido, o que é reforçado pelos estudos de Göbel et al. (2020) e Montigny e Lacharité (2005).

Em relação à busca por informações em um contexto pandêmico, foi observado nas falas das mulheres as trocas de experiências em grupos e consultas virtuais, assuntos abordados no estudo de Fryer et al. (2020), que retrataram a necessidade da transição do atendimento face-a-face para teleconsultas, como forma de superar as barreiras diante da necessidade do distanciamento social e garantir a prestação segura e eficaz do atendimento obstétrico mesmo no período pós-pandemia COVID-19.

Outras atitudes consideradas pelas participantes da pesquisa como prementes foram as orientações mais flexíveis, sensíveis, individualizadas e que respeitassem a escolha informada da mulher, o que é abordado por Downe et al. (2015; 2018) quando afirmam que para vivenciar uma experiência positiva, o que favorece a autonomia e confiança materna, é premente que as expectativas das mulheres em relação a seus corpos, aos cuidados que ela necessita e à estrutura que ela considera importante sejam preenchidas e até superadas.

Tais percepções maternas foram reforçadas pelos dados obtidos através do T-IHAMC na primeira etapa desta pesquisa e sustentadas pelos estudos de Downe et al. (2015; 2018) e Pereda-Goikoetxea et al. (2019) quando evidenciam que os profissionais devem promover um modelo de cuidado digno, humano e individualizado, através de

boas práticas assistenciais, de uma relação solidária e sensível, baseada em confiança mútua para que as mulheres/famílias superem seus medos e tenham uma experiência positiva e saudável com o nascimento.

Tais relações, contidas nas falas das mulheres, reforçaram o que estudos mostram sobre a implicação das interações familiares e do apoio social, emocional, informativo, físico e de apreciação na consecução do papel de mãe, somadas à importância das instituições frequentadas pela mãe/família, que configuram as etapas formal, informal e pessoal no processo de tornar-se mãe (ANDRADE, 2015; MEIGHAN; MERCER, 2004; MERCER, 2004), mesmo que essas trocas ocorram virtualmente.

O desenho do estudo aqui realizado não permitiu generalização da realidade descrita, mas identificou elementos que podem ser capazes de iluminar o fenômeno estudado em outros cenários, ampliando ou particularizando os resultados aqui obtidos.

Pode-se entender, como limitação do estudo, o fato de as entrevistas serem com mulheres entre o primeiro e o sexto mês pós-parto. Vale lembrar que, conceitualmente, a consecução do papel materno é ampla e complexa, não sendo concretizada no período em que foram realizadas as entrevistas, de forma que a autoeficácia parental ainda estava em desenvolvimento em cada mulher e família.

Todavia, o período de coleta de dados, o número de mulheres entrevistadas e o conteúdo das exposições foram suficientes para avaliar o impacto das práticas assistenciais nas competências parentais nessa fase inicial e pandêmica da maternidade, considerando que as memórias sobre a assistência hospitalar ainda estavam vívidas nas mentes e nas vozes das mulheres captadas com extrema sensibilidade.

Pelo fato de não haver publicações nacionais semelhantes ao assunto abordado neste estudo até o momento, foi analisada uma pesquisa realizada por Sweet et. al. (2021) que, apesar do fato de ser mais abrangente geograficamente no país estudado e nela não conter apenas primíparas, os achados foram semelhantes e condizentes com os expostos no presente estudo, sobretudo, na etapa qualitativa de ambos. Vale considerar que Sweet e as demais pesquisadoras (2021) aplicaram um questionário em redes sociais em 953 mulheres e entrevistaram via Zoom[®] ou telefone 27 mulheres (2,8% da amostra total). Já no atual estudo, foi aplicado o questionário completo em 81 mulheres e entrevistadas seis (7,4% da amostra da primeira etapa).

Sugere-se o desenvolvimento de outros estudos que abordem a perspectiva do acompanhante no contexto pandêmico, bem como o desenvolvimento de estudos que

adotem uma abordagem inclusiva da família mesmo que à distância, proporcionando suporte emocional e social aos pais, para que a experiência com o parto e nascimento exerça um efeito positivo na interação desse núcleo familiar, sendo um fator protetor para depressão pós-parto, por exemplo.

Ademais, essa abordagem inclusiva da família tende a promover um estilo parental participativo que tem desdobramentos em práticas positivas no desenvolvimento da criança (POWER; WILLIAMS; BROWN, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas obstétricas caracterizadas por este estudo somadas às falas das mulheres que integraram a pesquisa, condizem com a realidade obstétrica brasileira e revelam que, independentemente de questões étnicas, sociais, econômicas, contextuais e culturais, elas podem sofrer abusos, julgamentos ou danos, ainda mais quando essa vivência ocorre em um contexto pandêmico.

Tais achados reforçaram a premissa de que basta ser mulher no Brasil para estar vulnerável a uma assistência por vezes violenta, suplantada pela realidade pandêmica e pelas recomendações provindas do Ministério da Saúde em confronto com o governo vigente e em constante atualização. O que gerou ainda mais insegurança por parte dos profissionais e famílias, comprovando que essa violência perpassa diferentes níveis sócio, econômicos e étnicos.

Diante disso, as falas das mulheres trouxeram com maior riqueza e densidade a descrição do cuidado que receberam e os dados encontrados alertaram sobre o risco de um contexto pandêmico fazer regredir os direitos das mulheres em detrimento do controle da transmissão do vírus, quando se retirou o direito ao acompanhante pós-parto, importância esta citada por todas as mulheres ouvidas e recomendada pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde.

É importante reforçar o impacto do apoio de um acompanhante de escolha da mulher, sobretudo, no pós-parto imediato, quando as puérperas se encontram mais solitárias, vulneráveis, fisicamente cansadas, envoltas em oscilações hormonais e adaptando-se a novas rotinas que as deixam, frequentemente, inseguras e dependentes de cuidados e suporte tanto profissional como pessoal.

Tal assistência recebida e descrita pelas mulheres refletiu positiva e negativamente no desenvolvimento das práticas parentais e evidenciaram a necessidade premente de um olhar institucional sobre as posturas de alguns profissionais, o conhecimento prévio da mulher e a rede de apoio nas quais elas estão inseridas, pois a relação entre o contexto em que a mulher vive e o tornar-se mãe é direta.

Haja visto que o nascimento é um processo individual complexo que inter-relaciona questões fisiológicas e psicológicas, influenciadas pelo contexto social, ambiental, organizacional e político, afetando as mulheres, crianças e famílias que terão sua dinâmica alterada de acordo com essas influências.

Outro aspecto observado através dos dados obtidos com o termômetro e das falas delas foi o fato das mulheres que tiveram partos normais, na Instituição elencada ao estudo, relatarem uma assistência segura e respeitosa, o que sugeriu uma transição mais suave para a maternidade por estar relacionada à confiança em sua potência para parir e cuidar.

Tais mulheres, entrevistadas após partos normais, demonstraram sentir-se mais empoderadas para cuidar de seus filhos e superar os desafios iniciais do processo de tornar-se mãe, mesmo estando em um contexto pandêmico - esse resultou em lacunas assistenciais e na ausência de acompanhantes no pós-parto para a metade delas. Portanto, apesar de haver relato de que a postura negativa de profissionais teve impacto na prática parental, ele foi superado pela potência que a mulher sentia após ter vencido o desafio de parir.

Em contrapartida, as que tiveram cesárea abordaram a forma abrupta cujo filho nasceu, além da dificuldade de conexão com a criança nas primeiras semanas após o nascimento e todas citaram a importância da rede de apoio como essencial para que desenvolvessem suas competências maternas, seja essa rede presencial ou virtual.

Nas falas das que optaram ou foram induzidas/submetidas à cesárea, percebeu-se uma falta de informação baseada em evidências que revelou a importância do pré-natal de qualidade e informativo, pois o desfecho do parto na confiança materna está relacionado aos fatores culturais e mitos que podem ser desconstruídos por meio da instrumentalização da mulher e família por profissionais seguros e atualizados desde o pré-natal, mesmo que ocorra através de encontros e rodas de conversas prioritariamente virtuais, em respeito às normas vigentes no contexto pandêmico.

Vale considerar aqui o exposto pelas mulheres com mais detalhes na segunda etapa deste estudo, quando se voltaram ao papel positivo e educativo da enfermagem, com foco na promoção de saúde delas e de suas famílias, como forma de estimular a confiança materna e paterna, na consecução de seus novos papéis, considerando a interação direta e constante entre profissionais e famílias em ambiente hospitalar diante das alterações de fluxos, rotinas e protocolos assistenciais para evitar a transmissão da COVID-19.

Devido à pandemia, as interações pré e pós-alta hospitalar que, anteriormente à pandemia se davam em locais como consultórios, ambulatórios e grupos de apoio presenciais, tornaram-se contatos virtuais através dos grupos citados que elas expuseram como importante suporte baseado, sobretudo, na sororidade.

Ainda, quanto à amostra da segunda etapa, é importante perceber um aspecto positivo do perfil das entrevistadas, o fato de todas as mulheres serem primíparas. Logo, todas estavam desempenhando o papel pela primeira vez, em sua fase formal e expuseram suas fragilidades e potências que repercutem na saúde da criança e apontam a relevância da escuta sensível e do respeito às singularidades de cada contexto familiar por parte dos profissionais.

Os dados encontrados acenderam um alerta quanto à importância desse trabalho para um modelo de atenção no contexto nacional, o qual se mostrou frágil em investimentos de políticas promotoras da parentalidade, apesar de ter como prioridade a assistência às mulheres e crianças. E às enfermeiras da área materno-infantil cabe incorporar o modelo teórico do tornar-se mãe às práticas e rotinas, como forma de promover uma assistência com maior amplitude, favorecendo comportamentos positivos no papel maternal e contribuindo com a consecução do novo papel dessas mulheres.

Portanto, esta pesquisa sustentou que, independentemente de questões étnicas, sociais, econômicas, contextuais e culturais, as mulheres sempre contribuíram para possíveis melhorias no setor de saúde, seja ele público ou privado. E a nós profissionais, pesquisadores e gestores compete a atitude de transformar o que ofertamos para que a experiência dessa mulher seja positiva e as expectativas sejam superadas desde o pré-natal até o pós-parto, através de uma relação respeitosa, colaborativa e individualizada e com repercussão na saúde da criança, contribuindo para um contexto familiar saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, B. D. **Como saber se as maternidades promovem uma experiência positiva de parto às mulheres?** Estudo sobre elaboração e validação de um instrumento de avaliação. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2020.
- ANDRADE, R. D. *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto Parto Adequado**. Gestão em Saúde, Rio de Janeiro, sd. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>. Acesso em: 02 jul. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BELEI, R. A. *et al.* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Caderno Educação**, v. 30, p. 187-199, 2008.
- BERNARDES, A. B.; AGUIAR, C. A. **Efeitos adversos maternos e neonatais vivenciados em um hospital-escola do município de Uberaba/MG**: Relatório de Iniciação Científica apresentado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Sistema Integrado de Pesquisas Científicas (SIPESQ). Minas Gerais, 2018.
- BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, 2017.
- BRASIL. **17 Objetivos para transformar nosso mundo**. Nações Unidas, 2015..
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet: Nascidos vivos – Brasil**, 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção às Gestantes no Contexto da Infecção COVID 19 causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Fluxo de manejo clínico de gestantes na atenção especializada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 104p.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *In: International Conference on Humanization of Childbirth*. Fortaleza, Brazil, 2000, p. 5-23.
- DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascido no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014.
- DINIZ, C. S. G. **Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC): relatório de pesquisa**. São Paulo, 2019.
- DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p.313-326, 2009.
- DINIZ, C. S. G. Materno-infantilismo, gênero e inovação em saúde materna. *In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 e 13° Women's Worlds Congress*.
- DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Comunicação saúde educação**, v. 20, n. 56, p.253-9, 2016.
- DINIZ, C. S. G. *et al.* Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil? Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 1, 2016.
- DOWNE, S. *et al.* What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. **PLoS ONE**, v. 13, n. 5, 2018.
- DOWNE, S. *et al.* What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. **BJOG**, v. 123, n. 4, p. 529-539, 2015.
- FIOCRUZ. **Nascido no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. Agência Fiocruz de Notícia. 30 de maio de 2014.
- FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.
- FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. *In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.
- FREITAS, P. F.; FERNANDES, T. M. B. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira Epidemiológica**, v. 19, n. 3, p. 525-538, 2016.

- FRYER, K. et al. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. **Maternal and Child Health Journal**, v. 24, p. 1104–1110, 2020.
- GARTHUS-NIEGEL, S. et al. The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. **Frontiers in Psychology**, v. 19, n. 9, p. 1728, 2018.
- GÖBEL, A. *et al.* Becoming a mother: predicting early dissatisfaction with motherhood at three weeks postpartum. **Midwifery**, v. 91, 2020.
- IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019.**
- JOLIVET, R.R. et al. Upholding Rights Under COVID-19: The Respectful Maternity Care Charter. **Health Hum Rights**, v. 21, p. 391-394, 2020.
- KARAVADRA, B. et al. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 600, 2020.
- LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. S192-S207, 2014.
- LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. S17-S47, 2014.
- LEAL, M. C. et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p.00223018, 2019.
- LEAL, M.C. L et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.
- MATOS, M. G. **Parentalidade no parto: narrativas de pais e mães.** 2019. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO.
- MEIGHAN, M. M.; MERCER, R.T. Consecução do papel maternal. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (Org). **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.** 5. ed. Loures- Portugal: Lusociência, 2004. p. 521–541.
- MELO, C. R. **Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil.** 2015. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- MERCER, R. T. Becoming a mother versus maternal role attainment. **Journal of nursing scholarship**, v. 36, n. 3, p. 226–232, 2004.

MERCER, R. T.; WALKER, L. O. A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v.35, n. 5, p. 568–582, 2006.

MILLER, S. *et al.* Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. **The Lancet**, v. 388, n. 10056, p. 2176-2192, 2016.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência e saúde coletiva**. v. 19, n. 04, 2014.

MONGUILHOTT, J. J. C. et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

MONTIGNY, F.; LACHARITÉ, C. Perceived parental efficacy: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, n. 4, p 387-96, 2005.

MOTTA, R. R.; COSTA, A. S.; AGUIAR, C. DE A. **Termômetro de Segurança na Maternidade: medindo a qualidade da assistência no município de Uberaba/MG**: Relatório de Iniciação Científica apresentado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), via Sistema Integrado de Pesquisas Científicas (SIPESQ). Minas Gerais: 2018.

MOYER, C. A. et al. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. **Archives of Women's Mental Health**, v. 26, p. 757–765, 2020.

NIY, D. Y. **Desafios para a implementação de uma assistência “amiga da mulher”**: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo. 2018. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, B. J. et al. Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil. **Interface**, v. 24, p. e190395, 2020.

PACAGNELLA, R. C. et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40 n. 9, p. 501-506, 2018.

PEREDA-GOIKOETXEA, B. et al. A qualitative study of hospital birth perceptions: The helix of priority needs. **Midwifery**, v. 74, p. 91–98, 2019.

PEREIRA, S.B. et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, 2018.

POWER, C.; WILLIAMS, C.; BROWN, A. Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers. **Midwifery**, v. 78, p. 131–139, 2019.

- REITER, M. *et al.* Systematic review and meta-analysis of studies on delivery preferences in Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 143, p. 24–31, 2018.
- SALGADO, H. O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio gogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013.
- SALGADO, H. O. et al. Using the Maternity Safety Thermometer to estimate harm-free care in Southeast Brazil: A hospital-based cohort. **Birth**, v. 46, n. 4, p. 583-591, 2019.
- SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2015.
- SANTOS, S. S. et al. A teoria da consecução do papel materno na adolescência: uma reflexão para a prática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.
- SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2006, v. 10.
- SILVA, C. S. **Transição para a parentalidade: necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
- SHOREY, S.; CHAN, V. Lessons from past epidemics and pandemics and a way forward for pregnant women, midwives and nurses during COVID-19 and beyond: A meta-synthesis. **Midwifery**, v. 90, 2020.
- SOKOLOVIC, N. To build back better after COVID-19, we must support parentes. **The conversation**. 2021
- SWEET, L. *et. al.* Becoming a mother in the ‘new’ social world in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic. **Midwifery**, v. 98, 2021.
- THEME FILHA, M. M. et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.
- UNICEF et al. **Levels & Trends in Child Mortality Estimation**. Report, 2018. 48p.
- VICTORA, C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 28, n. 377, p. 1863-1876, 2011..
- VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010..

VOGELS-BROEKE, M.; VRIES, R.; NIEUWENHUIJZE, M. Dimensions in women's experience of the perinatal period. **Midwifery**, v. 83, p. e102602, 2020.

WEIDLE, W. G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Individualized, supportive care key to positive childbirth experience, says WHO**. Geneva, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Pregnancy, childbirth and COVID-19**. Geneva, 2020.

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa “PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E PARENTALIDADE”. Este estudo é desenvolvido por mim Monize Secomandi Mestriner Ragazzo, mestranda junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) orientado pelas docentes Prof^a Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori e Prof^a Dra. Monika Wernet, da mesma Instituição e Departamento. Sua participação é oficializada por meio de assinatura no final deste documento, que está em duas vias, uma permanecerá contigo e outra comigo.

A participação não é obrigatória e a autorização de participação pode ser retirada a qualquer momento, bastando entrar em contato comigo (Monize) no telefone que se encontra no fim deste Termo. Sua recusa não trará prejuízos em relação a nós, nem à Instituição Hospital Unimed Americana, a qual autorizou o desenvolvimento do estudo. Quaisquer dúvidas sobre o estudo ou sobre a participação nele poderão ser esclarecidas pessoalmente ou por outras vias de contato com a pesquisadora Monize, a qualquer momento.

O objetivo do estudo é analisar a implicação das práticas obstétricas na parentalidade. Se concordar com a participação na pesquisa, primeiro será aplicado um instrumento chamado de “Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC)” que tenta caracterizar como foi seu parto a partir de duas conversas contigo e de alguns dados que estão em seu prontuário, especificamente, buscarei informações no prontuário relacionadas à internação, em especial relativos à gestação, parto e pós-parto. As conversas (entrevistas) acontecerão uma vez durante sua internação e, pelo menos, 10 dias após o parto, sendo que nesta vez será a partir de ligação telefônica, para qual podemos definir agora um dia e horário. Para responder o instrumento na parte referente ao período da internação, levaremos cerca de 15 minutos. Na ligação, a qual ocorrerá no décimo dia após o seu parto, precisaremos de cerca de 5 minutos. Ainda, teremos um momento de conversa após 30 dias do seu parto, quando em local, dia e horário combinado em comum acordo entre você e eu iremos tratar sobre a relação entre o seu parto e o tornar-se mãe. A duração desta conversa foi pensada para cerca de 30 minutos, ela será gravada em dispositivo de áudio, para evitar a perda de dados revelados por você.

Quanto aos benefícios, eles são indiretos, pois sua participação possibilita pensar melhorias no cuidado da mulher, da criança e família, sobretudo, no momento do parto, nascimento e pós-parto. Já quanto aos riscos, eles são relacionados aos fatores emocionais e psíquico, constrangimento, sensação de estar sendo analisada e avaliada, tempo de exaustão em função da conversa e desconforto relacionado a lembranças diretas sobre o momento do parto. Caso isso ocorra e você considere precisar de suporte, o serviço que apoia este estudo conta com assistência psicológica

mesmo após alta hospitalar, e você poderá ser encaminhada para esse atendimento. Ainda, você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, bastando sinalizar a mim Monize.

Reforçamos que a sua decisão de interromper a atividade é livre, podendo retomá-la a qualquer momento ou desistir da participação por completo, em qualquer etapa do estudo.

Ressaltamos que, caso venha a retirar sua participação, assumimos que iremos excluir todos os arquivos relacionados a você, tanto os áudios como os escritos. Ainda, registramos novamente que a desistência não compromete sua relação conosco nem com a Instituição.

Asseguramos que todas as informações fornecidas, tanto nas entrevistas como as que extrairmos do seu prontuário, são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Reafirmamos nosso compromisso já exposto com relação ao anonimato (esforços para não identificação de sua pessoa a partir das informações registradas no relatório do estudo), privacidade, sigilo e confidencialidade das informações, tanto as obtidas por meio da leitura do seu prontuário, bem como as obtidas nas entrevistas. A divulgação das informações será anônima (ou seja, os nomes das participantes jamais serão revelados). Registramos que não há nenhum tipo de despesa para participar deste estudo, bem como nada será pago pela participação. Em face disso não ocorrerão qualquer tipo de ressarcimento, exceto os previstos em lei na existência comprovada de danos gerados pela pesquisa.

Os resultados deste estudo podem vir a ser apresentados em eventos ou publicações científicas. Se tiver alguma dúvida, fique à vontade para manifestá-la. Agradecemos e colocamo-nos à disposição para informações complementares.

Enf^a Monize Secomandi Mestriner Ragazzo

COREN-SP: 194421

Telefone: (19) 99605-4221

E-mail: monizemestriner@yahoo.com.br

Universidade Federal de São Carlos – Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Rodovia Washington Luís, km 235 – SP-310, São Carlos – São Paulo – Brasil
CEP 13565-905

Consentimento de participação como sujeito voluntário da pesquisa

Eu, _____,
RG nº _____, declaro que li todas as informações contidas neste documento, fui devidamente informada dos procedimentos que serão realizados, confidencialidade da pesquisa, sigilo dos dados, riscos e danos. Além disso, fui informada que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br. Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo com minha participação voluntária como sujeito desta pesquisa.

Americana, ___/___/_____

Nome da participante

Pedimos a gentileza de informar seu contato telefônico () _____.

ANEXO 1

Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC)

Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC)

Nº:

NOME E CONTATO(S):	
ADMISSÃO (Entrevista face a face no hospital - Q.01 a Q.05)	
01. Você fala português?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Não, mas tenho interlocutor <input type="checkbox"/> 2. Sim
02. Qual é a sua cor da pele?	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta/negra <input type="checkbox"/> 3. Parda/morena/mulata <input type="checkbox"/> 4. Amarela/oriental <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 6. Não quis informar
03. Qual é a sua idade?	____ anos completos
04. Em algum momento, você ou seu/sua acompanhante entregou o plano de parto, um documento elaborado durante a gestação, no qual você descreveu os procedimentos que recusava e os que aceitava? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	<input type="checkbox"/> 0. Não fiz um plano de parto <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
05. Por que você procurou por atendimento no hospital? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Estava na data provável do parto e ficou com medo de "passar da hora" <input type="checkbox"/> 2. Tinha uma cardiocografia marcada, aquele exame do coração do bebê <input type="checkbox"/> 3. Marcaram para induzir o parto <input type="checkbox"/> 4. A sua cesárea estava marcada <input type="checkbox"/> 5. Sentiu que estava em trabalho de parto, ou seja, tinha contrações uterinas regulares <input type="checkbox"/> 6. Percebeu algum sinal de alerta, como: a bolsa rompeu, o bebê não se movimentava ou teve sangramento <input type="checkbox"/> 7. Nenhuma das opções anteriores ou outro motivo. Qual? _____
INTERNAÇÃO (Entrevista face a face no hospital - Q.22 a Q.54)	
22. Você teve acompanhante durante toda a sua internação? (Caso a mulher não tenha tido acompanhante em nenhum momento da internação, pular para a questão 24.)	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
23. O/a acompanhante foi de sua escolha?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
24. Você teve, me diga qual a opção: (Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "1. Parto normal", pular para questão 27.)	<input type="checkbox"/> 1. Parto normal <input type="checkbox"/> 2. Parto à fórceps ou vácuo extrator <input type="checkbox"/> 3. Cesárea
25. O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
26. Você entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	<input type="checkbox"/> 0. Não entendi porque não foi explicado <input type="checkbox"/> 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu entendi e concordei <input type="checkbox"/> 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
27. O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não" ou "2. Eu tive meu bebê sem a presença de um profissional", pular para a questão 29.)	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Eu tive meu bebê sem a presença de um profissional
28. Que tipo de profissional atendeu seu parto/sua cesárea? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Médico/a <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro/a obstetra <input type="checkbox"/> 3. Obstetiz <input type="checkbox"/> 4. Parteira tradicional <input type="checkbox"/> 5. Professor/a <input type="checkbox"/> 6. Estudante <input type="checkbox"/> 7. Não me lembro
29. O seu trabalho de parto precisou ser induzido? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente" ou "3. Não sei se precisou ser induzido", pular para a questão 33. Caso a resposta seja "1. Não, minha cesárea estava agendada ou fui direto para a cesárea", pular para a questão 51.)	<input type="checkbox"/> 0. Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente <input type="checkbox"/> 1. Não, minha cesárea estava agendada ou fui direto para a cesárea <input type="checkbox"/> 2. Sim, meu trabalho de parto precisou ser induzido <input type="checkbox"/> 3. Não sei se precisou ser induzido
30. Para induzir o seu trabalho de parto, utilizaram alguma dessas medidas? Me diga se sim ou não para cada opção: (Ler as opções à mulher e marcar todas que a resposta for "Sim".)	<input type="checkbox"/> 1. Misoprostol, um comprimido colocado na sua vagina <input type="checkbox"/> 2. Ocitocina, um remédio colocado no soro <input type="checkbox"/> 3. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 4. Não sei
31. O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
32. Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido? (Ler as opções à mulher.)	<input type="checkbox"/> 0. Não entendi porque não foi explicado <input type="checkbox"/> 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu entendi e concordei <input type="checkbox"/> 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
33. Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto? Ou seja, você ficou com alguma veia pega durante o trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, uma parte do tempo <input type="checkbox"/> 2. Sim, o tempo todo

34. Você pôde beber e comer durante todo o trabalho de parto? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, eu pude apenas beber <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu pude beber e comer
35. Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, uma parte do tempo <input type="checkbox"/> 2. Sim, o tempo todo
36. Você teve uma doula, <i>uma pessoa que oferece suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
37. Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto, por exemplo: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, pude usar sempre que quis <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas pude usar apenas uma parte do tempo
38. Foi feita anestesia/analgesia, <i>isto é, aquela injeção nas costas ou aquele gás que você respira, para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto?</i> <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não porque eu não pedi <input type="checkbox"/> 1. Não, mesmo eu pedindo <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas eu não pedi ou eu não queria <input type="checkbox"/> 3. Sim, porque eu pedi
39. Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
40. Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes de fazer os exames de toque vaginal?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
41. Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
42. Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa? <i>(Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não" ou "2. Não sei", pular para a questão 45.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não sei
43. O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
44. Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não entendi porque não foi explicado <input type="checkbox"/> 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu entendi e concordei <input type="checkbox"/> 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
45. O profissional que atendeu seu trabalho de parto se apresentou? <i>(Caso a resposta seja "0. Não", pular para a questão 47.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
46. Que tipo de profissional atendeu seu trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Médico/a <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro/a obstetra <input type="checkbox"/> 3. Obstetrix <input type="checkbox"/> 4. Parteira tradicional <input type="checkbox"/> 5. Professor/a <input type="checkbox"/> 6. Estudante <input type="checkbox"/> 7. Não me lembro
47. Foram permitidas alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a? <i>(Caso a mulher tenha tido uma cesárea intraparto, esta pergunta não se aplica, pular para a questão 51)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
48. Quando o/a bebê estava para nascer, pediram para você fazer força para baixo?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
49. No parto, alguém apertou, empurrou ou subiu na sua barriga para o/a bebê nascer?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
50. Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Leia as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos <input type="checkbox"/> 2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos <input type="checkbox"/> 3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu <input type="checkbox"/> 4. Rompeu e deram pontos <input type="checkbox"/> 5. Cortaram e deram pontos <input type="checkbox"/> 6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o profissional cortou <input type="checkbox"/> 7. Não sei informar
51. Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não, porque não foi possível ou os profissionais não permitiram <input type="checkbox"/> 1. Não, porque não quis <input type="checkbox"/> 2. Sim
52. Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional: <i>(Ler as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Obsevou seu sangramento <input type="checkbox"/> 2. Apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído <input type="checkbox"/> 3. Monitorou sua pressão

53. Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não sei
54. Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar: <i>(Ler as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Sentiu tontura ou desmaiou <input type="checkbox"/> 2. Teve algum exame de sangue que mostrou que você estava com anemia <input type="checkbox"/> 3. Recebeu transfusão de sangue <input type="checkbox"/> 4. Recebeu ferro intravenoso, ou seja, na veia <input type="checkbox"/> 5. Teve que ir para cirurgia <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma das alternativas
PÓS-ALTA (Entrevista face a face no hospital, exceto Q.62 + Telefonema em torno de 10 dias após o parto - Q.61 a Q.69)	
61. Você foi orientada para voltar ao hospital caso tivesse alguns desses sinais de perigo: sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
62. Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Infecção urinária <input type="checkbox"/> 2. Infecção nos pontos da cesariana <input type="checkbox"/> 3. Infecção nas mamas <input type="checkbox"/> 4. Infecção no útero <input type="checkbox"/> 5. Infecção nos pontos na vagina <input type="checkbox"/> 6. Outra infecção. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 7. Não tive infecção
63. Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
64. Alguma vez, você foi separada do/da seu/sua bebê durante a primeira hora de vida dele/dela? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, para pesar, dar banho ou fazer algum outro procedimento no/na bebê <input type="checkbox"/> 2. Sim, foi levado ao berçário <input type="checkbox"/> 3. Sim, meu/minha bebê foi internado/a na UCI ou UTI Neonatal <input type="checkbox"/> 4. Sim, para fazer algum procedimento em mim
65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Pediu algum tipo de informação sobre sua saúde ou sobre seu/sua bebê e não obteve resposta <input type="checkbox"/> 2. Fizeram algum procedimento em você ou no/na seu/sua bebê sem pedir sua autorização/permissão <input type="checkbox"/> 3. Se sentiu desrespeitada, discriminada, constrangida, envergonhada ou assustada <input type="checkbox"/> 4. Falaram de modo ríspido, grosseiro ou gritaram com você <input type="checkbox"/> 5. Fizeram coisas com você, como beliscar, empurrar, segurar com força ou bater <input type="checkbox"/> 6. Outra situação. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 7. Nenhuma das situações descritas anteriormente
66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Mais ou menos <input type="checkbox"/> 2. Sim
67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não tinha escolhas <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Algumas escolhas foram levadas a sério, outras não <input type="checkbox"/> 3. Todas as escolhas foram levadas a sério
68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não foi seguro <input type="checkbox"/> 1. Foi mais ou menos seguro <input type="checkbox"/> 2. Foi seguro
69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher? Vou te falar as opções de resposta:	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas com alerta ou que a mulher tenha um plano de parto

PRONTUÁRIO

ADMISSÃO (Prontuário - Q.06 a Q.21)	
06. IMC: (Na admissão hospitalar ou na última consulta de pré-natal) (Caso tenha apenas o registro da altura e do peso, calcule o IMC por meio da fórmula: $IMC = \text{Peso, em Kg} \div (\text{Altura, em cm})^2$. Se usar a informação do pré-natal, basear-se no último registro de peso.)	<input type="checkbox"/> 1. 18,5 ou menos <input type="checkbox"/> 2. 18,6 a 24,9 <input type="checkbox"/> 3. 25 a 29,9 <input type="checkbox"/> 4. 30 a 34,9 <input type="checkbox"/> 5. 35 a 39,9 <input type="checkbox"/> 6. 40 ou mais <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
07. A classificação de risco foi:	<input type="checkbox"/> 1. Azul <input type="checkbox"/> 2. Verde <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Vermelha <input type="checkbox"/> 5. Outra: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
08. Número de gestações anteriores:	___ gestações anteriores <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
09. Número de partos normais anteriores:	___ partos normais anteriores <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
10. Número de cesáreas anteriores:	___ cesáreas anteriores <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
11. Número de abortos:	___ abortos <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
12. Tipo de gestação:	<input type="checkbox"/> 1. Única <input type="checkbox"/> 2. Múltipla <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
13. Idade gestacional: (Caso existam dois registros de idade gestacional, priorizar o dado referente ao ultrassom.)	___ semanas ___ dias <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
14. Apresentação fetal:	<input type="checkbox"/> 1. Cefálica <input type="checkbox"/> 2. Pélvica ou podálica <input type="checkbox"/> 3. Córmica ou de ombros <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
15. Presença de movimentos fetais:	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
16. Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> 0. Ausência de contrações <input type="checkbox"/> 1. 1 contração em 10 minutos <input type="checkbox"/> 2. 2 ou 3 contrações em 10 minutos <input type="checkbox"/> 3. 4 ou mais contrações em 10 minutos <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
17. Dilatação cervical:	<input type="checkbox"/> 0. Nenhuma/impérvio <input type="checkbox"/> 1. 1 a 3 cm <input type="checkbox"/> 2. 4 a 7 cm <input type="checkbox"/> 3. 8 a 10 cm <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
18. Consistência/esvaecimento cervical:	<input type="checkbox"/> 1. Grosso <input type="checkbox"/> 2. Médio <input type="checkbox"/> 3. Fino <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
19. Posição cervical:	<input type="checkbox"/> 1. Posterior <input type="checkbox"/> 2. Centralizado/medianizado <input type="checkbox"/> 3. Anterior <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
20. Condição da bolsa:	<input type="checkbox"/> 1. Íntegra <input type="checkbox"/> 2. Rota <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
21. Motivo da internação:	<input type="checkbox"/> 1. Trabalho de parto espontâneo <input type="checkbox"/> 2. Amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> 3. Alteração na vitalidade fetal <input type="checkbox"/> 4. Alteração na condição clínica materna <input type="checkbox"/> 5. Pós-datismo <input type="checkbox"/> 6. Iteratividade <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
INTERNAÇÃO (Prontuário - Q.55 a Q.60)	
55. O trabalho de parto foi induzido? (Caso a resposta seja "0. Não" ou "99. Sem informação", pular para questão 58.)	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
56. Motivo da indução do trabalho de parto: (Marque todas as opções que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Gestação prolongada <input type="checkbox"/> 2. Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> 3. Intercorrência materna <input type="checkbox"/> 4. Intercorrência fetal <input type="checkbox"/> 5. Outra: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
57. Para a indução do trabalho de parto, foi utilizado: (Marque todas as opções que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Métodos mecânicos, como descolamento de membranas e/ou Krause/sonda de Foley <input type="checkbox"/> 2. Misoprostol <input type="checkbox"/> 3. Ocitocina <input type="checkbox"/> 4. Outro método: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
58. A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal? (Caso a resposta seja "0. Não", pular para a questão 60.)	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
59. Trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal: (Marque todas as opções que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Laceração de 1º grau <input type="checkbox"/> 2. Laceração de 2º grau <input type="checkbox"/> 3. Laceração de 3º/4º grau <input type="checkbox"/> 4. Laceração sem grau especificado <input type="checkbox"/> 5. Episiotomia médio lateral <input type="checkbox"/> 6. Episiotomia mediana <input type="checkbox"/> 7. Cesariana <input type="checkbox"/> 8. Incisão cirúrgica abdominal (durante a internação para o parto, excetuando-se a cesariana) <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
60. O bebê teve escore de Apgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação

Fonte: Alonso (2020)

ANEXO 2

Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E A PARENTALIDADE

Pesquisador: MONIZE SECOMANDI MESTRINER RAGAZZO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27994920.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.955.765

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo, a ser junto a mulheres que pariram em hospital de rede conveniada localizado em cidade do Interior paulista. Adotará duas estratégias para a coleta dos dados: o "Termômetro de Segurança na Maternidade" e a entrevista. O objetivo é de analisar a implicação de práticas obstétricas na parentalidade. Apolar-se-á nas bases conceituais da experiência positiva com o parto e nascimento (WHO, 2018) e da parentalidade – processo de tomar-se mãe (MERCER, 1981, 1995). A análise de conteúdo temática de Bardin será o referencial metodológico adotado.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a implicação de práticas obstétricas na parentalidade

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras apresentaram como possíveis riscos da pesquisa:

"fatores emocionais e psíquico, constrangimento, sensação de estar sendo analisada e avaliada, tempo de exaustão em função da conversa e desconforto relacionado a lembranças diretas sobre o momento do parto. Caso isso ocorra o serviço é parceiro desta pesquisa e ofertará assistência psicológica mesmo após alta hospitalar. Ainda, há a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento, bastando sinalizar a pesquisadora. A quebra de sigilo é outro risco, mas a pesquisadora assume cuidados nesta direção".

E como benefícios:

"Indiretos, pois a participação possibilitará pensar melhorias no cuidado da mulher, da criança e

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

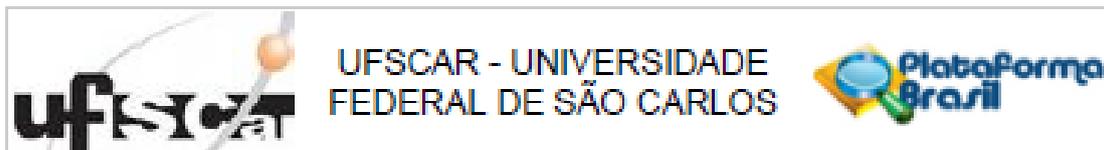
Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.585-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.955.765

família, sobretudo, no momento do parto, nascimento e pós-parto".

—

PARECER:

Em se pensando no processo de coleta de dados, as pesquisadoras elencam todos os riscos possíveis que poderão se deparar e as estratégias que serão utilizadas para amenizá-los, atendendo às resoluções 466/12, 510/16 e demais legislações que regem o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos. Observando os benefícios apresentados, fica nítido que a pesquisa contribuirá com o desenvolvimento científico na área materno-Infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa com bom delineamento teórico e metodológico. As pesquisadoras se propõem coletar dados no momento pós-parto imediato e mediato o que confere uma continuidade e horizontalidade na produção dos dados da pesquisa. A análise dos mesmos ocorrerá por abordagem qualitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram os seguintes documentos para apreciação ética:

- . PB com informações básicas do projeto;
- . Brochura do projeto na íntegra;
- . Declaração de autorização do hospital onde a pesquisa será realizada assinada pela diretoria do mesmo;
- . Folha de rosto assinada pela diretoria de centro;
- . TCLE modificado.

Os documentos apresentados foram suficientes para apreciação ética do projeto de pesquisa.

—

PARECER:

Os documentos apresentados conferem preocupação com os aspectos éticos envolvendo a pesquisa com seres humanos e buscam atender as resoluções e legislações vigentes. A modificação realizada no TCLE contemplando o consentimento na utilização de dados dos prontuários das usuárias fez com que o projeto alcançasse os requisitos éticos e legais para o seu desenvolvimento, em se tratando de pesquisas com seres humanos.

Recomendações:

APROVAÇÃO

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.955.765

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO sem maiores considerações

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1494488.pdf	24/03/2020 14:50:54		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2403.pdf	24/03/2020 14:49:57	Monika Wernet	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_CEP.docx	15/01/2020 13:20:36	MONIZE SECOMANDI MESTRINER RAGAZZO	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_diretor_clinico.pdf	15/01/2020 13:10:38	MONIZE SECOMANDI MESTRINER RAGAZZO	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEP.pdf	15/01/2020 13:03:23	MONIZE SECOMANDI MESTRINER RAGAZZO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de Abril de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9885 E-mail: cepumanos@ufscar.br