

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

LUARA DE CARVALHO BARBOSA

**EXPECTATIVA E EXPERIÊNCIA DE PARTO EM UMA
MATERNIDADE SIGNATÁRIA DO PROJETO PARTO ADEQUADO**

SÃO CARLOS

2018

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

LUARA DE CARVALHO BARBOSA

**EXPECTATIVA E EXPERIÊNCIA DE PARTO EM UMA
MATERNIDADE SIGNATÁRIA DO PROJETO PARTO ADEQUADO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como requisito para a obtenção do título de mestra em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jamile Castro Bussadori

SÃO CARLOS

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Luara de Carvalho Barbosa, realizada em 07/02/2019:

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori
UFSCar

Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice
UNICAMP

Profa. Dra. Monika Wernet
UFSCar

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Clara Fróes de Oliveira Sanfelice e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori

Dedico este trabalho a todos que lutam pela Saúde Materno-Infantil...
“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa.

Agradeço aos meus pais, Valmir e Ilza, pelo apoio e incentivo. Sem vocês como estrutura para meus planos não seria viável.

Agradeço à minha irmã Lorena, minha luz.

Meu namorado Antonio que, no último ano, me deu todo o suporte financeiro e emocional para realizar este sonho.

Minha orientadora Jamile, que me acolheu por várias vezes aos finais de semana para a produção deste material.

Todo o corpo profissional do Hospital e Maternidade, que me disponibilizou o local para o Campo de Coleta de Dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e aos docentes que auxiliaram minha caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) CNPq, pelo financiamento do projeto de pesquisa, tornando possível a produção desta dissertação.

RESUMO

Embora nos últimos anos, respaldados pelas evidências científicas e políticas públicas, vivenciou-se uma importante mudança no cenário obstétrico no Brasil, ainda existem lacunas na prática assistencial, que favorecem a medicalização do corpo feminino e do nascimento, bem como a desigualdade de gênero e a violência contra a mulher. O Projeto Parto Adequado, apoiado pelo Ministério da Saúde, que visa a implementar a melhoria da atenção ao parto e nascimento em hospitais privados e públicos, vem sendo adotado pelas instituições com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, valorizando o parto normal e minimizando os desfechos negativos para as mulheres e bebês, assim como proporcionar uma experiência satisfatória às mulheres. O presente estudo objetivou compreender a influência do Projeto Parto Adequado na experiência do parto normal para as mulheres. Adotou-se como referencial teórico-conceitual a Política Nacional de Humanização (PNH) e as Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, sob a luz da teoria das representações sociais e, como referencial metodológico, a análise de conteúdo temático-categorial. A coleta de dados se deu em um município do interior paulista, no período janeiro a março e no mês de novembro de 2018, em duas etapas: na primeira (parte quantitativa da investigação) foi aplicado o Teste de Evocação Livre de Palavras com o termo indutor “parto normal” a 62 gestantes em sua primeira consulta do pré-natal hospitalar e, na segunda etapa (parte qualitativa), com o rastreamento dos partos das mulheres da primeira etapa, 18 puérperas foram entrevistadas individualmente com a colocação disparadora: “Conte-me como foi sua experiência na maternidade”. Para análise do material foi utilizado, na primeira etapa o *software OpenEvoc* e, para a segunda, o *software Iramuteq*. A análise dos dados empíricos permitiu identificar que dor, maravilhoso, recuperação, ansiedade, desejos, amor e expectativa fizeram parte do núcleo central da apreensão das mulheres sobre parto normal e posteriormente as experiências foram transcritas e tratadas segundo um duplo critério de análise: 1. Análise Lexical - Nuvem de Palavras e 2. Análise de Conteúdo Temática. Como tema principal “A Transição do Modelo de Cuidado” e por três categorias temáticas: “Modelo que surpreende”, “Modelo que satisfaz” e “Modelo com embarços”. Embora seja possível vivenciar uma importante influência do Projeto Parto Adequado nas percepções sobre os partos vivenciados, as mulheres trazem apontamentos de que as boas práticas ainda não estão completamente instituídas, bem como demonstram a falta em serem ouvidas e/ou valorizadas. Assim percebe-se que somente uma política ou um programa não seriam suficientes para mudar uma realidade tão concretizada. Faz-se necessário re-pensar mecanismos que res-signifique o nascimento para a sociedade, como também de um caminho de formação profissional que valorize as questões de gênero e uma assistência livre de dano físico e emocional.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Assistência ao Parto. Saúde Materno-Infantil. Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

Although in recent years, based on science and politics evidences, we have experienced an important change in the obstetric scenario in Brazil, there is still a gap in care practice, which favors the medicalization of the female body and birth, as well as the inequality of gender and violence against women. The “Projeto Parto Adequado”, supported by the Ministry of Health, which aims to implement improved delivery and childbirth care in private and public hospitals, has been adopted by institutions in order to improve the quality of services, valuing normal childbirth and minimizing negative outcomes for women and infants, as well as providing a satisfactory experience for women. The present study aimed to understand the influence of the Adequate Childbirth Project on the experience of normal birth for women. The Política Nacional de Humanização (PNH) and the Good Practices of Attention to Childbirth and “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, based on the theory of social representations and as a methodological reference the analysis of thematic content. The data collection took place in a city of the state of Sao Paulo, from January to March 2018 in two stages: in the first one (quantitative part of the research) the “Technique of Free Association of Words with the term “vaginal birth” was applied to 62 pregnant women at their first prenatal hospital visit, and in the second stage (qualitative part), with tracing the deliveries of women in the first stage, 18 puerperal women were individually interviewed with the triggering statement: “Tell me about your experience in maternity”. For the analysis of the material was used, in the first stage the software OpenEvoc and for the second, the software Iramuteq. The analysis of the empirical data allowed to identify that pain, marvelous, recovery, anxiety, desires, love and expectation were part of the central nucleus of the apprehension of women on normal birth and later the experiences were transcribed and treated according to a double criterion of analysis: Lexical Analysis - Word Cloud and 2. Thematic Content Analysis. As the main theme “The Transition of Care Model” and 03 thematic categories: “Surprising model”, “Model that satisfies” and “Model with embarrassments”. Although women have shown an important influence of the Adequate Childbirth Project, women bring notes of still good practices are not completely instituted, as well as demonstrate that they lack to be heard and / or valued. Thus, one realizes that only one policy or one program would not be sufficient to change a reality so concretized. It is necessary to rethink mechanisms that re-signify birth to society, as well as a vocational training path that values gender issues, and a care free of physical and emotional harm.

Keywords: Humanized birth. Childbirth care. Maternal and Child Health. Patient satisfaction.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do tipo de parto	39
Gráfico 2 – Motivo da Cesárea	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência e Ordem Média das Evocações	32
Tabela 2 – Distribuição das mulheres entrevistadas quanto ao Perfil Sociodemográfico	35
Tabela 3 – Distribuição da Paridade das entrevistadas.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein

IHI – *Institute for Healthcare Improvement*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PC – Parto Cesária

PHPN – Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento

PN – Parto Normal

PPA – Projeto Parto Adequado

RS – Representações Sociais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	14
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 CAMINHO METODOLÓGICO.....	25
3.1 Delineamento do estudo.....	25
3.2 Referencial Teórico.....	25
3.3 Local da Pesquisa.....	26
3.4 Aspectos éticos	27
3.5 Sujeitos e Coleta de Dados	28
3.5.1 Primeira Etapa	28
3.5.2 Segunda Etapa	29
3.6 Análise dos Dados	30
3.6.1 Primeira Etapa	31
3.6.2 Segunda Etapa	33
4 RESULTADOS	35
4.1 Categorização da Amostra	35
5 ARTIGO 1	40
6 ARTIGO 2	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	77
ANEXO	85
APÊNDICES	88

TRAJETÓRIA PESSOAL E ESCOLHA DO TEMA

Vim de uma família simples: meu pai operário e minha mãe dona de casa, que se casou jovem. Desde pequena era orientada quanto aos meus planos de vida: “estudar e ser alguém na vida”. Aos 5 anos, ganhei o presente de ser a irmã mais velha; com alguns meses de vida, meus pais perceberam que minha irmã precisaria de acompanhamento especial.

No Ensino Médio, a missão de escolher o meu futuro estava chegando. A área da saúde me interessava; acho que por estar com frequência em hospitais, me interessei pela Medicina. Conseguir uma vaga em uma universidade pública estava muito além: foram 2 anos de cursinho e precisaria de muitos mais. Conheci um curso novo, na área da Obstetrícia; me inscrevi e, no ano de 2009, passei no vestibular.

Mudança para a capital e fui viver no “Mar de Pedras”. Em 2011, a notícia do possível cancelamento do curso motivou e uniu muitas pessoas. Conheci nessa época muita gente importante da área e vi que não éramos um grupo singular. A cada dia, a cada estágio, a cada violência obstétrica que presenciava, percebia que precisávamos de apoio e de profissionais dispostos a mudar aquela realidade – era revoltante. Quantas vezes não saíamos chorando depois de um dia cansativo e tristes ou felizes quando íamos embora depois das 22h só para acompanhar o tão esperado parto no Centro de Parto Normal do hospital.

Durante a faculdade, aprendemos muito sobre a fisiologia da mulher, em especial a do ciclo gravídico-puerperal, porém o curso havia uma essência diferente: jamais deveríamos tratar a mulher como um objeto ou com desrespeito. Inúmeras vezes nossa querida professora Jacque nos fez chorar e chorou com a gente, nos amparou nas manhãs de desabafo pós-estágio. Da mesma forma, a Professora Beth que lutou conosco com toda a garra para a permanência do curso, nos ensinou o que é gênero e a luta pela igualdade e toda a contemporaneidade desse processo em transformação.

O curso de Obstetrícia foi moldado de uma maneira diferente. Baseado na interdisciplinaridade, aprendemos a conviver com as diferenças, a termos uma visão interdisciplinar e uma base sobre questões ligadas à cidadania, à sociedade, à arte, à cultura, à educação e às ciências da natureza.

No entanto, a redoma de vidro da maioria dos cursos da saúde se quebra quando se iniciam os estágios e somos então obrigados a enxergar por outros olhos, que a realidade é muito diferente do que aprendemos na sala de aula. E com toda aquela garra e poder discursivo de debates e seminários, temos que engolir o choro, a indignação e o desespero ao

nos depararmos com cenas de desrespeito e preconceito e não podermos fazer nada: nem nós, nem nossos professores e nem a minoria ali.

A maior parte dos estágios realizei em um hospital municipal, grande e renomado, campo de ensino para a Medicina, para especializações de Enfermagem, Fisioterapia e entre outros cursos.

Meu primeiro dia de estágio na área de assistência foi em um Centro Obstétrico (CO), cheio de gente, porém vazio de amor! Lembro de que nesse dia, andando pelo corredor, ouvíamos entre os gritos de dor, um barulho de algo quicando, era uma parturiente, em um canto de um quarto frio, pulando em uma bola de exercícios. Ela não sabia para que servia, nem ao menos como fazer; apenas no seu instinto, aguardava a chegada do seu bebê. Uma colega foi ao seu cuidado, animada em demonstrar todo nosso aprendizado com métodos não farmacológicos de alívio da dor e ali, no cantinho, a moça foi se acalmando e protagonizando-se no seu trabalho de parto, salvo quando entrava algum residente de Medicina, ordenando que deitasse para examiná-la em um doloroso toque vaginal, enquanto em meio à contração e aos gritos da mulher, só se ouvia a R2 dizendo “força, força, força!!” (esse foi nosso apelido para essa R2 durante todo o estágio). Não pudemos assistir o parto dessa mulher, mas foi marcante por simbolizar o início do nosso terror no Centro Obstétrico.

Naquele mesmo dia, em um outro quarto, o patológico, uma jovem, menina na verdade, convulsiona sentada na mesa da cirurgia. Assim, a primeira cesárea que assisti foi inesquecível pelo nascimento e traumática pela emergência.

Foram longos dias de estágio no Centro Obstétrico; quantas vezes passei mal, vi de tudo. A presença médica era muito forte e a enfermagem subordinada a prestar apenas os cuidados gerais. Nós ficávamos entre as cortinas dos quartos, receosas com a presença de um R1 ou R2. Às vezes, conseguíamos acompanhar um trabalho de parto, com todos torcendo o nariz, mas era gratificante; elas agradeciam.

O CO sempre estava cheio de pacientes. Tinham muitas mulheres estrangeiras e eram nítidos a diferença, o menosprezo e o preconceito no atendimento delas, considerando que algumas sequer falavam a nossa língua.

No mesmo andar, separado por uma porta, existia o Centro de Parto Normal (CPN), com quartos com suítes, individuais e espaçosos, que tinha até banheira de hidromassagem. Lá quem coordena é apenas a equipe composta por funcionárias educadas e prestativas de enfermagem e a equipe médica aparece somente quando solicitada. Parecia que estávamos no céu! Ali, conseguíamos praticar o que aprendemos e aprender muito mais! Tínhamos tempo e paciência para as professoras pegarem na nossa mão na hora de fazer uma sutura. Foi incrível!

Porém, quase não tinha parto, quase não tinha parturiente de “risco habitual”. Passávamos manhãs treinando suturas, porque a admissão das pacientes era feita no andar de baixo pelos médicos.

Indignação era o nosso sentimento e as manhãs pós-estágios eram sempre de desabafo e até choro. Percebia que era assim na maioria dos hospitais. Que tristeza em saber que a maioria das mulheres estava em tão alto grau de vulnerabilidade e que tudo era diferente do que aprendemos. Nossas professoras foram muito rigorosas e exigiam que nossa conduta fosse diferente e de qualidade, mesmo naquele cenário.

Foram diversas passeatas e participações em congressos e reuniões políticas em prol da melhoria da assistência à saúde da mulher no SUS, de maneira a trazer para a prática o que se propõe no papel. Algumas leis foram criadas, muitas batalhas e algumas conquistas, por enquanto...

Depois de formada, me vi na insegurança e na solidão do primeiro emprego, que foi negado algumas vezes, mas nunca me afastei da causa. Participei algumas vezes como voluntária do SIA Parto e, no último ano, me dei de presente ser congressista. Aprendi, chorei e me fortifiquei em ver todos ali com o mesmo ideal que o meu; são encontros que me permitem rever pessoas queridas e que foram ponto inicial da minha primeira experiência de emprego.

Nessa confusão de existência, o curso de enfermagem da UFSCar foi minha nova casa, sabe, ser Obstetrix é algo novo! Já acostumei a ter que explicar para as pessoas que perguntam o que eu faço da vida, o famoso: “*Obs... o quê??*”, recentemente, meus olhos têm se enchido de lágrima toda vez que alguém diz: “Eu conheço. É que faz parto humanizado, né?”.

Foram 3 anos da minha segunda graduação. Sempre digo que não foi perdido: me dediquei e aprendi, aprendi anatomia, aprendi aspirar, visitei uma Instituição de Longa Permanência (ILP), aprendi sobre a saúde do trabalhador, aprendi ainda mais sobre Saúde Coletiva (que me encanta, por sinal), me dediquei junto com a professora Márcia Fabbro a uma IC de Revisão Integrativa de Pesquisa Qualitativas, sobre o tema de violência obstétrica, o qual me foi muito importante para aprender um pouco mais sobre o assunto, para minha vida, assistência e mestrado.

Em 2014, tive a oportunidade de conhecer o trabalho de um hospital no interior de SP. O trabalho foi apresentado no SIA Parto e trouxe na apresentação uma diminuição importante nas taxas de cesárea; não havia cesáreas eletivas e o compromisso era oferecer uma melhor experiência materno-infantil, baseando-se em evidências científicas. Estava propagando-se ali o Projeto Parto Adequado. Fiquei encantada e então fui atrás.

No ano de 2016 – lembro do dia da entrevista – por meio de um interrogatório, tive a oportunidade de sentir pela primeira vez o peso da obstetrícia, afinal era a “diferente” da equipe. Conheci ali uma grande amiga que me apoiou no trabalho e na vida.

Tranquei a faculdade e fui viver o sonho do primeiro emprego. Voltei a morar sozinha em outra cidade, conheci muita gente, amadureci como pessoa e, é claro, como profissional. Me acolheram muito bem no período que fiquei lá: conquistei muitas amizades, tive conflito também, aprendi – e como aprendi! Aprendi que quando a gente ama o que faz, o seu plantão flui e você também percebe o quanto sua equipe tem prazer em trabalhar com você – como é gratificante!!!

A maternidade era pequena; lidávamos no mesmo setor, de maneira igualitária com SUS e Plano de Saúde. Tínhamos protocolos a seguir; protocolos baseados em evidências científicas, que justificavam a maneira como o Projeto Parto Adequado trabalhava. Toda aquela angústia que sentia na época do estágio foi se acalmando; o trabalho era diferente, a gestão e a equipe eram envolvidas e a mudança foi notória. Toda terça-feira nos reuníamos para conversar e discutir sobre protocolos, estatísticas e rodar PDSA – PDSA: *Plan* (Planejar) – *Do* (Fazer) – *Study* – (estudar, agir) – *Act* (Agir) –, fazendo com que me sentisse como parte ativa da equipe.

A mulher no seu ciclo gestacional é respeitada; ela é informada desde seu pré-natal sobre o projeto e a enfermagem presente fortalece o tripé da diferença desse atendimento. Trabalhávamos com métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor. A mulher era a protagonista desse processo gravídico e a satisfação delas e de seus familiares era a pílula de ânimo de cada plantão.

Porém, havia também as mulheres que desejavam a cesárea, de maneira árdua, exigindo “seus direitos” e então eu pensava: “mas isso tudo que temos não são seus direitos?”. Por algumas vezes isso aconteceu e questionávamos os motivos. Essa foi uma das minhas primeiras indagações na época para elaborar o meu projeto de mestrado, que acredito, no entanto, ainda não conseguir responder.

Dessa forma, para contribuir com o cenário em que vivi como profissional e grande admiradora do projeto, é essencial conhecer um pouco da população que pertence a esse projeto, quem são e quais foram suas percepções a respeito do parto normal, do projeto, antes e após a sua vivência. Convido você, que de alguma maneira se motivou pelo tema, a conhecer um pouco mais sobre as mudanças que vêm acontecendo nesse cenário de assistência e refletir conosco.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Embora desde as últimas duas décadas do século XX – respaldados pelas evidências científicas e pressionados pelas políticas públicas e pelo movimento social de usuárias – a sociedade contemporânea tenha presenciado uma importante mudança no cenário obstétrico no mundo, esses avanços não foram capazes de reduzir significativamente, para as mulheres, os danos e as mortes causadas decorrentes da reprodução. Ainda existem lacunas na prática assistencial que favorecem a medicalização do corpo feminino e do nascimento, bem como a desigualdade de gênero e a violência contra a mulher (SOUSA et al., 2016).

Influenciada pelo processo americano de colonização, a América Latina entre os séculos XVI e XIX, sofreu uma ruptura importante com mudanças na organização social e política, por meio da qual os conhecimentos médicos produzidos por universidades e escolas cirúrgicas, bem como os saberes e as artes de curar dos diversos grupos africanos, indígenas e europeus, se interagiram e permitiram uma mestiçagem médica (MOTA, 2017).

Nesse contexto, a mudança de concepção do nascimento no Brasil ocorreu por volta de 1840, com a incorporação da medicina, intitulando-a Arte Obstétrica. Essa prática tornou-se uma de suas atribuições tendo na oportunidade sido denominados parteiros ou médicos-parteiro os profissionais por ela formados e responsáveis pelo atendimento ao parto (BRENES, 1991; HOTIMSKY et al., 2002; LEÃO et al., 2013; PINHEIRO; BITTAR, 2013).

O parto, que antes ocorria em domicílio, consistia em um momento particular, durante o qual a mulher, junto de seus familiares, era o centro desse processo. As parteiras não tinham formação formal, mas ofertavam o apoio e quem conduzia era a própria mulher. Com o tempo, esse processo se transformou em um evento patológico, institucionalizado em um ambiente hospitalar com a necessidade de intervenção médica e/ou cirúrgica, marcados por excesso de procedimentos médicos, medicamentoso ou cirúrgico (BRENES, 1991; HOTIMSKY et al., 2002; LEÃO et al., 2013; PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Tais alterações acabaram favorecendo um cuidado em que se priorizam os aspectos biológicos e que, em contrapartida, desconsidera as questões afetivas, emocionais e sociais da mulher, culminando em sentimentos de estresse, impotência e conflitos de sua autoconfiança frente à situação (ALMEIDA; MIYAZAKI; CORDEIRO, 2018).

Dessa forma, alimentou-se a cultura na sociedade de que a mulher não é capaz de parir seu filho e que necessita de que seja ditada a melhor forma de reagir e se comportar no processo de gestar e parir (BRENES, 1991; HOTIMSKY et al., 2002; LEÃO et al., 2013; PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Historicamente, esse processo se deu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII) se estendendo ao Brasil, ao se inaugurarem as escolas de Medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30 e 50, possuíam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua peculiaridade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. Esses programas caracterizaram-se por um baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher, principalmente porque o acesso era voltado aos cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal (BOGORNÍ; SEHNEM, 2011; CASSIANO et al., 2014; SANTOS, 2005).

Na era Vargas, entre 1937 e 1945, o objetivo do Estado era combater a mortalidade infantil e aprimorar a raça humana para criar homens com exigências cada vez melhores para auxiliar no crescimento e desenvolvimento econômico do país. Assim, toda assistência educacional, sanitária e médica voltada à mulher e à criança tinha por finalidade apenas a busca por uma nação forte e rica. O governo apenas estimulava a procriação em massa e não proporcionava as condições mínimas necessárias para um bom desenvolvimento gestacional e a superpopulação, até então estimulada, passou a ser mais um complicador para o escasso quadro sanitário e econômico já existente no país (CASSIANO et al., 2014; SANTOS, 2005).

Em 1964, ocasião em que os militares assumiram o governo, a saúde começou a ser vista individualmente e não como um fenômeno coletivo. Exemplo disso é que no ano de 1975, foi fundado o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) que, responsável por uma importante diminuição das taxas de mortalidade e natalidade no país tinha dois focos de atividade: a intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial; e a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. Tal recurso foi utilizado como plano para resolver os problemas sanitários e econômicos ocasionados pelo acréscimo populacional durante o governo anterior (CASSIANO et al., 2014).

Nesse período, entre os anos 60 e 70, os grupos feministas começaram a lutar contra relações de poder entre homens e mulheres e por seus direitos sexuais e reprodutivos. Diante desse cenário, a saúde reprodutiva começou a ganhar força, de modo que a atenção pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. Sendo assim, o PSMI recebeu críticas do movimento feminista brasileiro, representando-o por um aspecto reducionista (CASSIANO et al., 2014; DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; SANTOS, 2005).

Em 1983, foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a publicação do documento “Assistência Integral à Saúde

da Mulher: bases de ação programáticas”, em 1984. Esse programa foi o primeiro e um dos maiores progressos do movimento feminista, decorrente da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público (BRASIL, 1984).

Seus princípios e diretrizes são voltados para o atendimento integral à saúde das mulheres e inclui em suas ações, atividades educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde. Atende às necessidades clínico-ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 1984).

Anunciada em 1987, a Iniciativa por uma Maternidade Sem Risco (IMSR), fruto dos estudos feitos pela Iniciativa do Grupo Interagências (IAG), formado pela OMS, propôs uma redução nas taxas de morte materna e perinatal em nível mundial e uma série de estratégias e passos bem definidos para aumentar a consciência mundial sobre o problema e, dessa forma, promover ações relativas a gestações e a partos mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos (DUARTE; MAMEDE, 2012; SAFE MOTHERHOOD, 2004).

No ano 2000, melhorar a saúde materna tornou-se um dos oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, iniciativa global promovida pelas Nações Unidas, que almejava reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015, além de conceder acesso universal para as mulheres à saúde reprodutiva (SOUZA, 2015).

Em 2015, foram idealizados novos objetivos globais chamados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que, juntos com a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança e financiamentos inovadores e sustentáveis, convocaram o mundo para o empenho da eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Preconizava ainda um mundo em que todas as mulheres, crianças e adolescentes usufruíssem de seu direito à saúde física e mental e ao bem-estar, que tivessem oportunidades sociais e econômicas e pudessem participar na construção de sociedades progressistas e sustentáveis (ONU, 2016; SOUZA, 2015).

Na mesma direção, a *Mother-Baby Friendly Birthing Facilities*, no Brasil chamada de Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), foi lançada em 2015 e assinada pelas seguintes instituições: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), Confederação Internacional de Obstetizes, *White Ribbon Alliance*, Associação Internacional de Pediatria e Organização Mundial da Saúde. A IHAMC, com base em evidências científicas e nos direitos das mulheres e dos bebês, antefere que a assistência à mulher e à criança inclua privacidade, presença de acompanhantes, participação das pacientes nas decisões,

comunicação mais efetiva, uso sensato de intervenções de grande impacto na primeira infância, como contato pele a pele na primeira hora (promoção da amamentação), entre outros (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al., 2015).

Recentemente, a OMS publicou as novas diretrizes sobre padrões globais de atendimento às mulheres grávidas, com o objetivo de reduzir o uso descabido de algumas intervenções médicas, dentre elas a cesariana (WHO, 2018).

O movimento de humanização ao parto no Brasil, que se iniciou nos anos 80 com os movimentos sociais e com a implantação da temática no Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos 2000 ganhou mais força (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018). Nesse contexto, ressaltem-se as estratégias do Ministério da Saúde que tiveram como intuito qualificar a atenção à saúde materna e reduzir os índices de mortalidade: “Assistência ao Parto Normal – Um guia prático”, em 2000 (OMS, 1996), Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000); a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) (BRASIL, 2005); a Rede Cegonha (BRASIL, 2014); mais recentemente, o Projeto Parto Adequado, em 2015; e as novas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, em 2017 (BRASIL, 2014; NIY, 2018).

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, atrelada às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento é considerada também um marco importante na promoção do parto e do nascimento saudável e no combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004; MARTINS; LUZIO, 2017; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Importante destacar que nos últimos anos a política propõe uma valorização da assistência em saúde. Fortalece o trabalho multiprofissional e a comunicação inclusiva da sociedade assistida, otimizando o entendimento do sistema e a participação no processo de promoção, prevenção e manutenção da saúde, compartilhando vivências, sentimentos e saberes entre os gestores, trabalhadores e usuários assistidos, envolvidos na implantação da humanização (BRASIL, 2004; NUNES, 2018).

A PNH traz o conceito de humanização relacionado ao direito à saúde e que, transversalmente, deve atender a toda a rede SUS, afastando-se do conceito de relações verticais, pautadas em metas e índices a serem cumpridos independentemente de sua resolutividade e qualidade. A política implica em uma mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, através de princípios e modos de se operar em conjunto, mantendo relações entre os profissionais e os usuários (BRASIL, 2004; FREITAS; FERREIRA, 2016; MARIEN et al., 2016; SOUZA; OLIVEIRA; JUSTI, 2017).

Contudo, as práticas de parto e nascimento no Brasil que foram imensamente imbuídas por um modelo tecnocrático, institucionalizado, centrado no médico, na patologia e na mercantilização, e preservadas desde o século passado, ainda aceita o referido modelo, caracterizado pelo domínio da tecnologia sobre as relações humanas, com pouco interesse e respeito aos valores da mulher e família (DINIZ et al., 2016; LANSKY et al., 2014; LEÃO et al., 2013; MACEDO et al., 2017; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017; NIY, 2018; OLIVEIRA; BACHION, 2005).

Apesar de todos os esforços já discutidos, os resultados de uma ampla pesquisa intitulada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” – coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, que reuniu informações de 23.940 mulheres atendidas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, em 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, de 191 municípios brasileiros –, confirmam que ainda há que aperfeiçoar a qualidade da assistência, principalmente no engajamento das boas práticas ao parto e na batalha da crescente epidemia de cesáreas desnecessárias no Brasil (LEAL; GAMA, 2014; NIY, 2018).

Esse inquérito mostrou na oportunidade que 52% dos brasileiros nasciam por cesariana e, ao investigar apenas o setor privado, a situação era ainda mais ameaçadora: 88% dos partos eram cirúrgicos, destinando assim ao Brasil o título de líder de cesárea no mundo. Em ambos os setores, a proporção de cesariana foi muito superior ao ansiado pelas mulheres, uma vez que no início da gestação foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (múltiparas com cesariana anterior no setor privado). O principal motivo apontado para a escolha da cesariana foi o medo da dor do parto (46,6%) e por ser mais segura ao bebê. No entanto, as que escolheram o parto normal relataram não terem sido encorajadas pelos profissionais (DOMINGUES et al., 2014).

Nessa direção, há 40 anos, o índice de cesarianas tem aumentado no Brasil de maneira que vive-se uma crescente epidemia de cesáreas desnecessárias. Em 2012, de acordo com Nakano, Bonan e Teixeira (2015), a cesárea representou 52% dos partos ocorridos no país (86% no setor privado e 43% no público). Em 2017, de acordo com o Ministério da Saúde, considerando apenas partos nos serviços de saúde públicos, o número de cesarianas foi de 41,9% (BRASIL, 2017), muito superior aos valores de referência de 10% a 15%, preconizados pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2017).

Segundo Narchi, Cruz e Gonçalves (2013), a falta de estrutura física, material e organizacional nos serviços públicos, a prevalência do caráter mercantilista dos serviços privados (cujo foco é a assistência complexa e o uso de tecnologias desnecessárias), somados

a fatores relacionados à violência institucional e à violação dos direitos da mulher e da criança têm contribuído para levar à escolha da cesárea como parto ideal.

No Brasil, os obstetras são os profissionais que, majoritariamente, realizam a assistência ao parto e ao nascimento e a sua formação médica intervencionista, favorece a cirurgia, promovendo a ideia superestimada de menor risco associado à cesárea e a imposição à escolha da mulher. Sua supervalorização social e postura ativa estão associadas a uma prática médica que promove a acumulação do poder sociocientífico de tal forma que estratégias para reduzir essas práticas podem soar como um desafio (CHACHAM, 2012; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015; 2017).

O estudo de Lessa e Araújo (2013), que discute sobre o papel político da enfermagem e seu reconhecimento na sociedade atual, traz como contexto uma formação também construída a partir do modelo biomédico e no qual o cuidado era considerado uma prática secundária. Isso ocorreu porque nas primeiras escolas de Enfermagem no Brasil, a figura médica era determinada para o ensino e as técnicas e procedimentos utilizados pela classe médica eram transferidos para a enfermagem. A ação da enfermagem era subordinada e sua função competia não somente a controlar os doentes, como também cumprir as prescrições médicas. Essa institucionalização é o ponto que marca o seu papel e representa a violência fundadora na profissão e que, atualmente, continua sendo uma dificuldade para a conquista de seu poder simbólico. Ademais, há ainda muitos profissionais que insistem em reproduzir a velha essência desatualizada, sob o qual fundamentam sua existência.

Sob a formação de novos profissionais, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) indicam a necessidade de mudanças na sua formação e a necessidade de garantir uma articulação entre as instituições formadoras e os serviços para corrigir o atual descompasso entre uma formação de profissionais críticos e reflexivos quanto aos princípios e às diretrizes do SUS (MATTIA; KLEBA; PRADO, 2018).

No mesmo estudo, Mattia, Kleba e Prado (2018) fizeram uma Revisão Integrativa com o objetivo de identificar temas abordados em estudos sobre as repercussões da formação em enfermagem na prática profissional no Brasil. As autoras concluíram que a formação dos profissionais tem influências determinantes na prática dos demais, tendo sido na oportunidade destacados três temas: processos pedagógicos e o papel dos educadores e educandos, que recomenda a formação de um novo perfil e relata a relevância da docência nesse processo e suas dificuldades; a falta de preparo para o novo método, que reflete sobre o novo modelo que requer a construção de um currículo integrado e articulado entre os determinantes de saúde e da doença, incluindo disciplinas de políticas públicas e a gestão compartilhada da formação

em saúde; e a interação do estudante com a população e com os profissionais desde o início do processo de formação, para o desenvolvimento de um aprendizado prático e de construção de responsabilidades em uma distinção de cenários, muito embora alguns artigos ainda exponham fragilidades nos cenários de prática, principalmente no que diz respeito à carência de campos para estágio.

É importante citar também a necessidade de apoios internacionais, como a OMS, Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), para a presença de profissionais não médicos, em especial as Obstetizes, capacitados para a melhoria da atenção à saúde das mulheres por meio do desenvolvimento de programas e de políticas que promovam o acesso ao planejamento reprodutivo e ao atendimento de qualidade durante o pré-natal, parto e pós-parto (DE CASTRO et al., 2017; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

A aparente “liberdade de escolha” concedida à mulher é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações adequadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento, medos, insegurança e vulnerabilidade (HOTIMSKY et al., 2002; MANDARINO et al., 2009; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Muitas mulheres têm seus direitos reprodutivos violados e enganam-se ao acreditarem que escolhem, pois deveriam ter o direito ao esclarecimento de todas as suas dúvidas sobre esse processo fisiológico e as consequências sobre seus corpos e sexualidade, bem como ser a elas ofertada um cuidado digno, para assim optar sobre as formas de parto e de nascimento (DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

Tais esclarecimentos deveriam compor o conjunto de práticas em educação em saúde, no qual cabe aos profissionais de saúde promover práticas saudáveis para a população. E na articulação saúde - sociedade - educação, propor ao indivíduo ações transformadoras e reflexivas do mundo, que os orientem, fornecendo condições para sua autonomia e um pensar crítico, hábil para opinar e propor decisões de qualidade de vida para si, para a sua família e para o seu coletivo (FALKENBERG et al., 2014; QUENTAL et al., 2017; SILVA et al., 2014).

A atenção ao pré-natal é um momento propício para um desenvolvimento dessas práticas clínicas, educativas e sociais. Favorece uma interação entre os profissionais de saúde, a gestante e seus familiares, em uma relação de horizontalidade, bem como propicia a criação de vínculo e de confiança. O acesso a essas informações possibilita à gestante esclarecimentos

sobre seus direitos, possibilidades de escolha referentes ao parto e informações sobre o aleitamento materno, contribuindo para o empoderamento materno, além da redução da mortalidade materno-infantil (FALKENBERG et al., 2014; QUENTAL et al., 2017; SILVA et al., 2014).

Em muitos estudos, é notável na fala de puérperas, a dificuldade em identificar práticas violentas, mesmo quando tais práticas aparecem em seus relatos (ALMEIDA; MIYAZAKI; CORDEIRO, 2018; GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017; SENA; TESSER, 2017; SOUZA; OLIVEIRA; JUSTI, 2017). Isso é o reflexo do desconhecimento sobre questões de humanização do parto e práticas de violência obstétrica, que foram naturalizadas na prática obstétrica, consideradas normais, corriqueiras e aceitáveis (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017; SENA; TESSER, 2017). Uma das hipóteses possíveis para isso acontecer é a não disseminação, a falta e/ou acesso tardio de informações acerca das práticas de humanização ao ciclo gravídico puerperal (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017; SOUZA; OLIVEIRA; JUSTI, 2017).

No estudo de Riscado, Jannotti e Barbosa (2016), que trouxeram através de uma Revisão Integrativa da literatura a discussão sobre os usos, potencialidades e limites a respeito da “decisão” pela via de parto. Foram feitas análises sobre a prática da cesariana no Brasil que se segregaram em temáticas: a cesárea como um “problema de saúde pública”; o “fator médico” na prática da cesárea; a questão da “preferência da mulher”; a “livre escolha” vs. “empoderamento feminino”; as desigualdades na provisão em saúde e a “mercantilização” da assistência ao parto; e o contexto sociocultural – *status*, ideário de segurança e planejamento. Trouxeram como reflexão uma “real preferência” problemática, pois se desenvolve em um contexto macrocultural e macrossocial, no qual integra um olhar crítico das desigualdades de gênero e da medicalização do corpo feminino e do nascimento. Desse modo, desempoderar a mulher e reter o evento do parto e nascimento ao médico em uma sociedade capitalista implicam que a cesárea é uma imagem de produtividade e/ou um símbolo de *status* social para as mulheres brasileiras.

A “cesárea a pedido” como vem sendo justificada em muitos prontuários hospitalares, tem sido questionada por ser uma demanda associada muitas vezes ao temor das mulheres à satisfação com um parto anterior, influenciada pelos desfechos maternos e, sobretudo, a neonatais ou a atitudes violentas dos profissionais durante o atendimento e também ao desejo de laqueadura. Nota-se também que, ao longo da gestação, os médicos criam um cenário que amparam a intervenção ou as fazem “optar” pela cesárea que, diante do “poder de convencimento” dos médicos, tem sua decisão fragilizada. Outro estudo citado na revisão

identifica que, no setor privado, a dificuldade em encontrar um médico com disposição de assistir um parto normal pelo plano de saúde e pagar diretamente ao médico é algo muito oneroso, mesmo para mulheres de classe média (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

De forma semelhante, o estudo de Ferrari, Carvalhaes e Parada (2016), no qual se demonstrou uma associação entre cesárea eletiva e rede suplementar, indicou que em uma coorte retrospectiva realizada na Austrália vem ocorrendo um aumento na taxa de cesariana agendada antes do início do trabalho de parto entre mulheres atendidas em hospitais privados. Entretanto, um estudo realizado na Finlândia relata que não há associação entre cesárea eletiva e características socioeconômicas maternas. Tal diferença entre os países demonstra que essas associações não são universais, sendo, possivelmente, influenciada por fatores socioculturais, sendo necessária, portanto, a realização de estudos sobre esse tema em diferentes contextos e realidades.

Diante da discussão apresentada, observa-se que muitas inovações têm sido propostas, principalmente na área da enfermagem. O avanço das tecnologias, nesse contexto caracterizadas como tecnologia do cuidado, é um fenômeno que tem como definição “todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado”. O trabalho em saúde e a tecnologia caracterizam-se por ações que se descrevem em processos de intervenções que podem ser classificadas como: leves – que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento e gestão; leve-duras – como no caso dos saberes especializados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica, o taylorismo; e duras – como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (KOERICH et al., 2006).

Na atual área obstétrica, a tecnologia leve vem demonstrando como a melhor e mais indicada maneira de assegurar a satisfação e melhor experiência ao parto e ao nascimento. Antepondo a isso, estudos dizem que há uma grande lacuna no diálogo entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, o que reflete de forma negativa no cuidado prestado, influenciando na qualidade do atendimento humanizado. Nessa perspectiva, o caráter hierárquico e o distanciamento observados na assistência desqualificam assim o profissional (TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018).

O modelo de assistência obstétrica e neonatal atual é um modelo colonizado por uma prática assistencial não baseada nas evidências científicas, contrariando as atuais recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) e do Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), bem como desrespeita novas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2014; 2017).

Muitos têm sido os programas e as iniciativas de inovações para transformar essa realidade. Segundo Magalhães (2015), a inovação é “uma mudança técnica ou uma nova forma de atuar no processo de trabalho relativo à promoção da saúde ou à prevenção de doenças, que produz efeitos na situação epidemiológica de uma determinada população”.

Diante desse cenário, vista a significância sobreposta aos termos parto e nascimento, o parto será utilizado para contextos relacionados à assistência às mulheres e o nascimento relacionado aos contextos direcionado ao bebê.

Embora as inovações sejam a chave da mudança, a transformação da realidade depende de vários outros fatores. Assim, a relevância acadêmica deste estudo reside na possibilidade de levantar dados que possam auxiliar na compreensão de como e por que as gestantes optam, planejam e desejam uma determinada via de parto, tendo como base de questionamento: “Qual a influência do Projeto Parto Adequado na percepção e satisfação das mulheres em relação ao parto normal?”.

O Projeto Parto Adequado está entre as iniciativas de inovação mencionadas anteriormente e é uma ação conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com Hospital Israelita Albert Einstein e com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) que visa a implementar a melhoria da atenção ao parto e ao nascimento em hospitais privados e públicos. O objetivo do projeto é, em conjunto com os hospitais participantes, elaborar, testar, avaliar e disseminar modelos de atenção ao parto e nascimento que favoreçam qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias. Atualmente, o Parto Adequado está na sua Fase 2, a qual será desenvolvida ao longo de dois anos (até maio de 2019). Nessa etapa, participam hospitais e operadoras de todo o país, que manifestaram interesse em atuar como apoiadoras do projeto. Hoje em dia, existem 300 instituições adotando a metodologia desse projeto, sendo o pioneiro o hospital do município de Jaboticabal (ANS, 2016; 2018; HMSI, 2012).

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão proporcionar aos profissionais da área de saúde materno-infantil, reflexões relacionadas aos elementos influenciadores na escolha da via de parto pelas mulheres e, assim, possibilitar subsídios para qualificar a assistência pré-natal e obstétrica no acolhimento das necessidades das gestantes e parturientes e no fortalecimento da concepção do parto normal como uma via segura e potencialmente exitosa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a influência do Projeto Parto Adequado na experiência do parto normal para as mulheres.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a representação do Parto Normal para as gestantes quando chegam ao Projeto Parto Adequado;
- Identificar como os fatores relacionados ao Projeto Parto Adequado influenciaram a experiência vivenciada pelas mulheres;
- Analisar, à luz da humanização do parto, das boas práticas e das evidências científicas, os fatores referidos pelas mulheres de maneira a detectar as lacunas existentes nesse modelo de assistência em transição.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de enfoque misto, que adotou como referencial teórico as Teorias das Representações Sociais (TRS) e, como referencial metodológico, a análise de conteúdo temático-categorial proposta por Bardin (2011).

Entende-se que o uso concomitante de métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa possibilitou, neste caso, uma melhor compreensão da situação que se pretendia explorar/compreender. Creswell (2010) aponta que essa abordagem é uma prática constante e que vem sendo discutida como o “terceiro movimento metodológico” ao abranger, dentro de si, as potencialidades tanto dos estudos quantitativos como qualitativos e permitir, desse modo, novos olhares sob os métodos de pesquisa.

3.2 Referencial Teórico

Buscando compreender as perspectivas das mulheres sobre o parto, identificou-se que as Teorias das Representações Sociais (TRS) pareceu mais indicada como referencial teórico norteador por possibilitar que um conhecimento específico de um dado fenômeno seja utilizado para a promoção da qualidade de vida de grupos sociais e que um conhecimento não especializado – o conhecimento leigo – possa facilitar para que se lide com a complexidade do problema (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Criado em 1961 pelo psicólogo francês Moscovici, a teoria é desenhada a partir de saberes sociais que são produzidos de acordo com as interações entre pessoas em seus próprios territórios e de sua própria linguagem. A TRS representa uma nova etapa da psicologia que ganha interesse após a década de 70 com a participação de novos domínios, como a sociologia, antropologia, filosofia e história (CAVALIERE; SOUZA; BARBOSA, 2010; SANFELICE, 2016).

É uma relação dialógica individual e social que se manifesta em diferentes grupos, de diferentes maneiras e é como se torna um senso comum (CAVALIERE; SOUZA; BARBOSA, 2010).

Essas construções do senso comum são informações produzidas de acordo com as interações sociais como, por exemplo, mídia e trabalho, que são interpretadas e elaboradas de acordo com suas experiências de vida e sua realidade cotidiana. De maneira acessível a todos,

na vida real, o senso comum adquire valores que determinam as atitudes e os seus comportamentos e em relação ao objeto, à situação ou à comunicação em análise (OLIVEIRA, 2004; SEGA, 2000; SCHUCH et al., 2008).

Os processos responsáveis pela formação das representações, de acordo com Moscovici (2003), são a ancoragem e a objetivação. A Ancoragem compreende em apresentar algo estranho e incômodo e transformar em algo novo e familiar, de acordo com o contexto do sujeito, classificar e dar nomes a ponto de influenciar aquele grupo social, facilitando a interpretação e quebrando paradigmas existentes (SANFELICE; SHIMO, 2015; SEGA, 2000; SCHUCH et al., 2008).

A Objetivação é o processo de dar sentido a uma figura ou ideias abstratas, de maneira que se tornem parte do contexto e, portanto, não hostil. Esse processo faz parte da constituição do núcleo central, que dá valor ao significado em destaque (SANFELICE; SHIMO, 2015; SCHUCH et al., 2015; SEGA, 2000).

Ao relacionar esse conceito ao tema, a assistência obstétrica no Brasil ancora-se no senso comum. Ao se falar sobre parto, o processo físico remete a um fenômeno totalmente recheado de representações que foram passadas de geração em geração, como a representação de que a corpo feminino contemporâneo é inadequado para receber a dor proveniente do parto, tornando essa vivência, não só um processo fisiológico, mas sim um fenômeno sociocultural que deveria ser considerado um processo singular (ALMEIDA; MIYAZAKI; CORDEIRO, 2018).

Baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo que ensejam mudanças na atenção e na gestão, a proposta é (re)pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira (BRASIL, 2004; MARTINS; LUZIO, 2017; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Estudos relatam que ainda há lacunas no entendimento desse processo por parte dos profissionais que atuam na atenção ao parto e que há baixa adesão destes às práticas baseadas em evidências científicas (BALDISSEROTTO, 2015; LANSKY et al., 2014; MESQUITA et al., 2011).

3.3 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em um município do interior de São Paulo que dispõe de uma área de abrangência de 707 Km², com população estimada de 76.864 habitantes e cuja renda per capita no último censo, em 2010, foi em torno de R\$1.015,51, por ano. No ano de

2016, ocorreram 851 nascimentos no município, dentre os quais 745 (88,2%) tiveram mais de sete consultas de pré-natal e 413 (48,5%) foram partos normais (BRASIL, 2018).

No município em questão, o cuidado ao ciclo gravídico-puerperal de risco habitual é realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), consultórios particulares e em uma maternidade de um hospital filantrópico coadministrado por uma Operadora de Planos de Saúde do município, que atende ao SUS e ao setor suplementar. Todas gestantes, a partir de 34 semanas, são encaminhadas para a maternidade para a continuidade do cuidado pré-natal e nascimento.

O hospital, em geral, conta com 82 leitos. A maternidade contém 18 leitos, atende a gestações de risco habitual e é composta por uma equipe de quatro Enfermeiros Obstetras, uma Obstetriz, 15 Técnicos de Enfermagem e aproximadamente 20 Médicos Obstetras, dez Pediatras e cinco Anestesiologistas que trabalham em escala de Plantão Presencial.

Destaca-se que a maternidade é referência na região e que, em 2012, com apoio da Operadora de Planos de Saúde, implantou a “Campanha pelo Melhor Parto”, se tornando na sequência membro do Projeto Parto Adequado (PPA), desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde. O PPA tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e ao nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar (ANS, 2018).

O trabalho desenvolvido na maternidade é referência no Brasil e recebe visitas de outras instituições interessadas em replicar o projeto. Foi iniciado a partir de indagações feitas pelos gestores locais, na busca de aproximar a prática obstétrica das recomendações científicas, reduzir as taxas de admissões em CTI Neonatal, melhorar a segurança materna-infantil, alinhar-se com o Objetivo do Milênio e tornar o parto uma experiência única para a mulher, para o bebê e para os familiares (HMSI, 2012).

3.4 Aspectos éticos

Em relação aos procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, o projeto de pesquisa foi apresentado ao hospital mencionado e, após consentimento do Diretor da instituição, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos para análise, seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Após análise do Comitê de Ética, foi recebido parecer favorável, registrado sob nº 2.409.121 e CAAE 79727617.9.0000.5504 (Anexo 1). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido para todas as participantes que aceitaram integrar o estudo (APÊNDICE A).

Para cada participante do estudo, foi disponibilizada uma cópia do TCLE. Houve espaço para colocação de dúvidas e explicações às mesmas, para só então ter sido procedido às assinaturas do pesquisador e da participante. O TCLE teve duas vias assinadas e rubricadas, permanecendo uma com a participante e outra com o pesquisador. Na entrevista com as puérperas, foram abordados os objetivos do estudo, seu desenho e reiterado o interesse em continuar sua participação.

Ademais, a pesquisadora teve o compromisso com a privacidade e com a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos.

3.5 Sujeitos e Coleta de Dados

A obtenção dos dados empíricos ocorreu em duas etapas. Cabe ressaltar que, antes do início do período de coleta, foi realizado um estudo piloto para verificar necessidade de adaptações no processo de coleta, embora não tenha sido constatada a sua necessidade de reorganização.

O teste piloto ocorreu entre os dias 4 e 6 de dezembro de 2017, oportunidade em que foram abordadas seis gestantes para a Primeira Etapa e duas puérperas que estava na maternidade para o relato da Segunda Etapa.

3.5.1 Primeira Etapa

A localização das mulheres se deu através do pré-natal hospitalar da instituição citada e o convite para compor o estudo foi feito pessoalmente para as gestantes em sua primeira consulta no hospital.

As participantes em estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos ou emancipada, aceitar participar da pesquisa, estar na primeira consulta na instituição, ter idade gestacional acima de 34 semanas e possuir feto único. Como critério de exclusão consideraram-se a impossibilidade de a mulher prover narrativa compreensível e ter tido duas ou mais cesáreas anteriores, dado que assim seria submetida a uma cesárea iterativa.

Os dados foram coletados inicialmente no período de 5 de janeiro de 2018 a 5 de fevereiro de 2018, compreendendo 36 gestantes no total. Durante o exame de qualificação da dissertação, houve apontamentos de que seria necessária a inclusão de novos integrantes para essa etapa, com intuito de agregar mais valor à pesquisa. Dessa forma, no período de 5 a 20 de novembro de 2018, realizou-se uma nova coleta de dados, sendo incluídas à pesquisa novas 26 mulheres, totalizando assim 62 gestantes. Cabe destacar que os dados do período de novembro foram analisados brevemente antes da inclusão no banco de dados, com propósito de verificar a similitude com os dados já analisados, ocasião em que se concluiu não haver discordância.

No primeiro contato, antes da consulta de pré-natal, as gestantes foram convidadas para uma conversa em local reservado no hospital, ou seja, o consultório ou um quarto disponível, momento em que foi realizado o convite, os esclarecimentos necessários e, para aquelas que aceitaram, a assinatura do TCLE.

De um total de 80 gestantes agendadas nos dois períodos descritos, 62 gestantes compuseram a amostra, sendo excluídas oito gestantes por terem duas ou mais cesáreas anteriores, cinco por serem menores de 18 anos, uma por ser deficiente auditiva, duas tiveram o bebê antes da consulta já agendada e duas não aceitaram participar.

A partir da assinatura, iniciava-se a coleta dos dados, sendo utilizado um instrumento com os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes (APÊNDICE B). A coleta foi feita apenas por um sujeito e o tempo de coleta nessa fase foi em torno de 15 minutos.

Na sequência, era aplicado o Teste de Evocação Livre de Palavras com o termo indutor “Parto Normal”. Essas evocações poderiam ser adjetivos, substantivos, advérbios ou verbos, nomes próprios ou expressões diversas, a juízo dos sujeitos. Foram solicitadas cinco evocações para as gestantes e, posteriormente, solicitado que priorizassem, em grau de importância e de maneira crescente. Para o processamento, análise e visualização de dados, foi utilizado o *software* gratuito *OpenEvoc*.

3.5.2 Segunda Etapa

Compuseram a amostra puérperas que já haviam participado da Primeira Etapa, no período de janeiro a fevereiro, tendo como critério de inclusão: puérperas que participaram da Primeira Etapa e aceitaram continuar na pesquisa, estando com no mínimo 15 dias de pós-parto, com recém-nascido vivo.

As mulheres selecionadas na Primeira Etapa foram rastreadas quanto ao desfecho de parto através do livro de nascimento do hospital. A partir de 15 dias do nascimento, foi realizado um breve contato via WhatsApp ou telefone para a possibilidade de um encontro. Mediante a aceitação em permanecer no estudo, eram pactuados o dia e local para a realização da entrevista, ocorrida assim entre os dias 10 de fevereiro e 22 de março de 2018. As entrevistas foram agendadas conforme a data do parto e aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade das gestantes e de maneira a atender à logística de locomoção da pesquisadora, tendo em vista que cinco moravam na cidade vizinha.

Das 36 puérperas da etapa do período de 5 de janeiro de 2018 a 5 de fevereiro de 2018, todas foram rastreadas, sendo que: duas foram encaminhadas ao alto risco, nascendo em outra cidade; seis não aceitaram em continuar na pesquisa; seis não atenderam ou responderam às mensagens; duas não compareceram ao local pactuado; uma não pôde comparecer ao local pactuado; uma não teve seu endereço localizado via GPS; e, finalmente, as duas últimas disponibilizaram-se a realizar a entrevista, caso necessário.

Na décima quarta entrevista, nenhuma nova informação surgiu, denotando saturação das informações. Desse modo, optou-se por desenvolverem-se mais quatro entrevistas na direção de confirmar tal constatação e efetivar o alcance da saturação teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Mantiveram para as entrevistas 18 puérperas. Assim, foi realizada uma entrevista aberta e gravada em áudio. A colocação disparadora da entrevista foi: “Conte-me como foi sua experiência na maternidade”. Ao longo da entrevista, outras questões abertas foram realizadas de forma articulada à narrativa da participante, no intuito de compreender os aspectos integrantes do fenômeno expostos por ela, por exemplo, como foi sua trajetória desde que chegou no pré-natal na maternidade até sua alta após o nascimento, bem como se indicaria a maternidade para alguém da sua família ou amiga querida. Para o processamento dos dados, utilizou-se o *software IRAMUTEQ*.

3.6 Análise dos Dados

Método inovado em pesquisas em Representação Social, Camargo (2005) afirma que devido à complexidade do fenômeno do conhecimento do senso comum, o uso de programas de computador permitiu o surgimento de técnicas de análise de um material linguístico de dados que favorecem uma abordagem intermediária entre a quantitativa e a qualitativa. Dessa forma, utilizou-se um método amplo e eficaz para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Ao longo do texto, optou-se por serem padronizados conceitos de importância considerados relevantes.

3.6.1 Primeira Etapa

A ferramenta *OpenEvoc* pode ser utilizada em qualquer navegador da *web*. Oferece recursos de apoio à coleta, ao processamento, à análise e à visualização de dados a partir de funções básicas da estatística descritiva – cálculo de frequências e porcentagens, médias, medianas, moda – somadas a um conjunto características incorporadas ao programa com o intuito de facilitar ou agilizar as etapas do processo (SANT’ANNA, 2012).

As cinco evocações solicitadas a partir do Teste de Evocação Livre de Palavras foram priorizadas segundo seu grau de importância. Os dados coletados foram elaborados, analisados, interpretados e representados graficamente através do *software* e da análise do *corpus* formado pelas evocações das 62 participantes. A partir do termo indutor “Parto Normal”, 310 palavras foram evocadas e que, após ajustadas em sinônimos ou por semelhança de significados, o *corpus* foi totalizado em 38 termos.

O “ato de evocar” é trazer à lembrança, à imaginação algo que está presente na imaginação dos sujeitos (SÁ, 1996).

Com a intenção de manter a maior quantidade de *corpus*, optou-se em não desprezar qualquer evocação, posto que, apesar de consistirem na mesma após os ajustes, continham significados diferentes ao entrevistado.

Os dados foram tabulados pelo *software* que oferece recursos estatísticos que facilitam a melhor compreensão do pesquisador. O recurso utilizado foi a construção do quadro de quatro casas, descritos na tabela abaixo, que contém uma análise combinada entre as médias das frequências (dados quantitativos) e das ordens de evocações coletadas (dados qualitativos). Sendo assim, a média da ordem de evocação foi de 3,0 e a frequência média foi de duas evocações, com frequência mínima de uma.

Tabela 1 – Frequência e Ordem Média das Evocações
Ordem Média das Evocações (OME)

<i>Frequência de Evocações (f)</i>	Baixa (+)		Alta (-)
	Alta (+)	Núcleo Central (++)	Primeira Periferia (+-)
	Baixa (-)	Zona de Contraste (++)	Segunda Periferia (--)

Fonte: Sant'Anna, 2012.

Para a análise qualitativa dos elementos obtidos por meio do quadro das quatro casas, tabela acima, utilizou-se a Teoria do Núcleo Central, proposta por Abric, em 1996. Sua função é gerar o significado básico da representação estudada e determinar uma organização global, baseando-se em elementos.

A Teoria do Núcleo Central é composta por dois sistemas que possuem um papel específico e que, no entanto, se complementam: o Sistema Central (núcleo central) e o Sistema Periférico (primeira periferia). O Sistema Central consiste nos elementos mais frequentes e mais importantes dispostos no quadrante superior esquerdo da tabela; é constituído pelo núcleo central da representação; é caracterizado por uma memória coletiva refletida sob condições sócio-históricas e os valores de um grupo social, considerados uma representação estável, coerente e contínua, resistente a mudanças e pouco sensível ao contexto imediato, e voltados a uma base comum, consensual e coletivamente partilhada (SÁ, 1996).

O Sistema Periférico, por sua vez, consiste em elementos periféricos mais importantes situados no quadrante superior direito da tabela, ou seja, na primeira periferia. Promove uma interação entre a realidade concreta e o Sistema Central, permitindo uma integração entre experiências e histórias individuais com o grupo social e suas contradições. É evolutivo e sensível ao contexto imediato; é uma adaptação à realidade concreta e uma gradativa construção simbólica (SÁ, 1996).

Finalmente, os demais quadrantes da tabela, ou seja, a segunda periferia, são elementos com menor frequência, porém considerados importantes pelas pessoas. Situados no quadrante inferior direito e a zona de contraste, são elementos menos frequentes e menos importantes, localizados no quadrante inferior esquerdo da referida tabela (SÁ, 1996).

3.6.2 Segunda Etapa

Na segunda etapa, durante a qualificação, sugeriu-se que as falas, analisadas a partir de conteúdo temático de Bardin (2011), fossem também exploradas segundo um duplo critério, com a intenção de agregar mais valor de TRS ao material já apresentado. Para isso, foi utilizado o *software IRAMUTEQ*.

Os dados foram transcritos na íntegra e tratados segundo o duplo critério de análise: 1. Análise Lexical - Nuvem de Palavras (LOUBÈRE; RATINAUD, 2014); e 2. Análise de Conteúdo Temático - Categorical (BARDIN, 2011).

Para o processamento dos dados, utilizou-se o *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Desenvolvido por Ratinaud, em 2009, trata-se de um *software* gratuito de código fonte aberto que tem como base o *software R* que possibilita o preparo e análises de textos, incluindo análises lexicais que facilitam a exploração e interpretação de textos (CAMARGO; JUSTO, 2013; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014; SALVIATI, 2017).

Diante desse cenário foi utilizada a nuvem de palavras, a partir de uma análise lexical mais simples. As palavras foram agrupadas, organizadas e estruturadas de acordo com a sua frequência e apresentadas em tamanhos diferentes, sendo maiores aquelas que representam mais importância no *corpus*, concentradas na região central da imagem.

Para a análise, foram utilizados parâmetros padrões do *software* de maneira que termos pertencentes às classes dos artigos, preposições e de outras que não trariam significado ao conteúdo foram excluídas com a finalidade de clareza à imagem.

O *corpus* geral foi constituído por 18 textos, separados em 559 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 438 ST (78,35%). Desses, emergiram 19.764 ocorrências (palavras, formas e vocábulos), dentre as quais 2.035 palavras distintas e 954 delas ocorreram em uma única ocorrência.

A aplicabilidade do método favorece uma melhor visualização do contexto, porém é notável a importância de se apropriar das falas das participantes do estudo. Para tanto, a presente análise amparou-se no estudo de Nascimento (2004) que conciliou o *software* com a análise de conteúdo a partir de um mesmo banco de dados. Para ele, o ganho pode confirmar, ou não, tendências entre um elemento e outro.

Ao material foram incorporadas mais cinco entrevistas, devidamente apresentadas à qualificação, compondo, ao total, dezoito entrevistas, na direção de confirmar e efetivar o alcance da saturação teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A transcrição e a leitura do material foram realizadas e, a partir da análise de conteúdo, elaborou-se um novo material formado por categorias temáticas, garantindo uma convergência empírica das entrevistas e agregando representatividade à análise lexical.

O conjunto de dados obtidos, a saber – notas de campo registradas e derivadas da etapa e as entrevistas transcritas na íntegra – sofreu leituras flutuantes. Subsequente, na exploração do material, foram organizadas as ideias a partir da codificação dos blocos textuais (unidades de codificação) e, em um último momento, foram identificadas temáticas centrais.

Os dados coletados na entrevista foram transcritos e analisados na técnica de Análise de Conteúdo Temático - categorial proposta por de Bardin (1977) que consiste em fases, que se organizam em torno de três polos:

1. A pré-análise: escolha e análise do material ao todo (leitura flutuante), formulação de hipóteses ou questões norteadoras;
2. A exploração do material: codificação dos dados encontrados, organização e agregação em categorias;
3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação das categorias.

Finalmente, uma vez identificado, o tema principal “A Transição do Modelo de Cuidado” foi subcategoriza em: “Modelo que surpreende”, “Modelo que satisfaz” e “Modelo com embaraços”.

4 RESULTADOS

Cabe ressaltar que os resultados serão apresentados primeiramente pela categorização da amostra e em seguida, os mesmos estarão contemplados em dois artigos: **Artigo 1** “O que pensam as mulheres sobre o Parto Normal?” sendo uma análise do primeiro contato das gestantes aos elementos construídos sobre o Parto Normal e a sua representatividade em meio à sociedade; **Artigo 2** “Representações do parto em uma maternidade signatária do Projeto Parto Adequado na Teoria Social” evidenciando através das falas das mulheres, a problemática do cenário de parto atual. E a partir de suas experiências singulares, fortalecer estratégias com a finalidade de desconstruir conceitos e as lacunas das políticas públicas.

4.1 Categorização da Amostra

Os resultados serão apresentados, primeiramente, pela caracterização das 62 participantes, cujo perfil foi composto conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres entrevistadas quanto ao Perfil Sociodemográfico

GESTANTES (N = 62)	N	%
IDADE		
19 – 23	15	24,19
24 – 28	13	20,96
29 – 33	24	38,70
34 – 39	9	14,50
41	1	1,61
COR REFERIDA		
Branca	31	50
Parda	24	38,70
Preta	7	11,29
RELIGIÃO		
Evangélica	28	45,16
Católica	23	37,09
Outros	3	4,83
Não Prática	8	12,90
ESTUDO		
Fund. Incompleto	7	11,29
Médio Incompleto	10	16,12
Médio Completo	29	46,77
Superior incompleto	6	9,67
Superior Completo	10	16,12

Continua

Continuação

GESTANTES (N = 62)	N	%
MORADIA		
Própria	41	66,12
Alugada	18	29,03
Emprestada	3	4,83
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casada	30	48,38
Amasiada	24	38,70
Divorciada	2	3,22
Solteira	6	9,67
RENDA FAMILIAR (SM*)		
½ SM	1	1,62
1 e 2 SM	34	54,83
2 ½ 4 SM	19	30,64
4 ½ e 6 SM	3	4,83
6 ½ e 8 SM	2	3,22
8 ½ e 15 SM	3	4,83
GRAVIDEZ ATUAL PLANEJADA		
Sim	35	56,45
Não	27	43,54
GESTAÇÃO		
Primigesta	26	41,93
Multigesta	36	58,06
Total	62	100

Fonte: Dados das pesquisadas.

SM*: Salário Mínimo = R\$ 930,00.

A Tabela 3 demonstra a quantidade de gestações das entrevistadas, tipo de parto e aborto.

Tabela 3 – Distribuição da Paridade das entrevistadas

Ordem de Entrevistada	Quantidade de Gestação	Quantidade e Tipo de Partos	Quantidade de Aborto
1 ^a	3	1PN* 1PC**	0
2 ^a	1	0	0
3 ^a	1	0	0
4 ^a	1	0	0
5 ^a	1	0	0
6 ^a	1	0	0
7 ^a	2	1 PC	0
8 ^a	2	1 PC	0
9 ^a	4	3PN	0
10 ^a	2	1 PN	0
11 ^a	1	0	0
12 ^a	3	2 PN	0
13 ^a	1	0	0
14 ^a	4	0	3
15 ^a	6	4 PN	1
16 ^a	2	1 PC	0
17 ^a	1	0	0
18 ^a	1	0	0
19 ^a	5	1 PN 1 PC	2
20 ^a	2	1 PN	0
21 ^a	1	0	0
22 ^a	2	0	1
23 ^a	2	1 PN	0
24 ^a	2	0	1
25 ^a	2	1 PC	0
26 ^a	1	0	0
27 ^a	1	0	0
28 ^a	1	0	0
29 ^a	1	0	0
30 ^a	2	0	1
31 ^a	7	5PN	1
32 ^a	1	0	0

Continua

Continuação

Ordem de Entrevistada	Quantidade de Gestação	Quantidade e Tipo de Partos	Quantidade de Aborto
33 ^a	2	1PN	0
34 ^a	2	1PN	0
35 ^a	1	0	0
36 ^a	3	2PN	0
37 ^a	1	0	0
38 ^a	2	1PC	0
39 ^a	1	0	0
40 ^a	1	0	0
41 ^a	2	1PC	0
42 ^a	2	1PC	0
43 ^a	4	1 PN	2
44 ^a	3	1PC	1
45 ^a	2	1PC	0
46 ^a	1	0	0
47 ^a	1	0	0
48 ^a	4	0	3
49 ^a	1	0	0
50 ^a	2	1PC	0
51 ^a	1	0	0
52 ^a	2	1PC	0
53 ^a	2	1PN	0
54 ^a	3	1 PN 1 PC	0
55 ^a	1	0	0
56 ^a	1	0	0
57 ^a	1	0	0
58 ^a	1	0	0
59 ^a	2	1 PN	0
60 ^a	2	1 PN	0
61 ^a	2	1PN	0
62 ^a	4	1 PN 1 PC	1

Fonte: Dados das pesquisadas.

*PN – Parto Normal

**PC – Parto Cesária

Das gestantes entrevistadas na primeira fase, os desfechos (Gráfico 1) foram: 34 (54,84%) evoluíram ao parto normal, sendo que um nasceu em outra instituição (alto risco); 28 (45,16%) foram cesárea. De acordo com o Gráfico 2: sete desejaram cesárea no início do trabalho de parto; quatro desejaram cesárea em fase ativa de trabalho de parto; duas desejaram a cesárea com 41 semanas e não induzir; uma desejou a cesárea com 39 semanas (indicação médica) e não induzir; uma teve indicação de cesárea por mecônio espesso; três por frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora; duas por parada secundária da dilatação; uma por parada da descida; quatro por falha de indução; duas por apresentação pélvica; e uma por ser mãe diabética tipo 1.

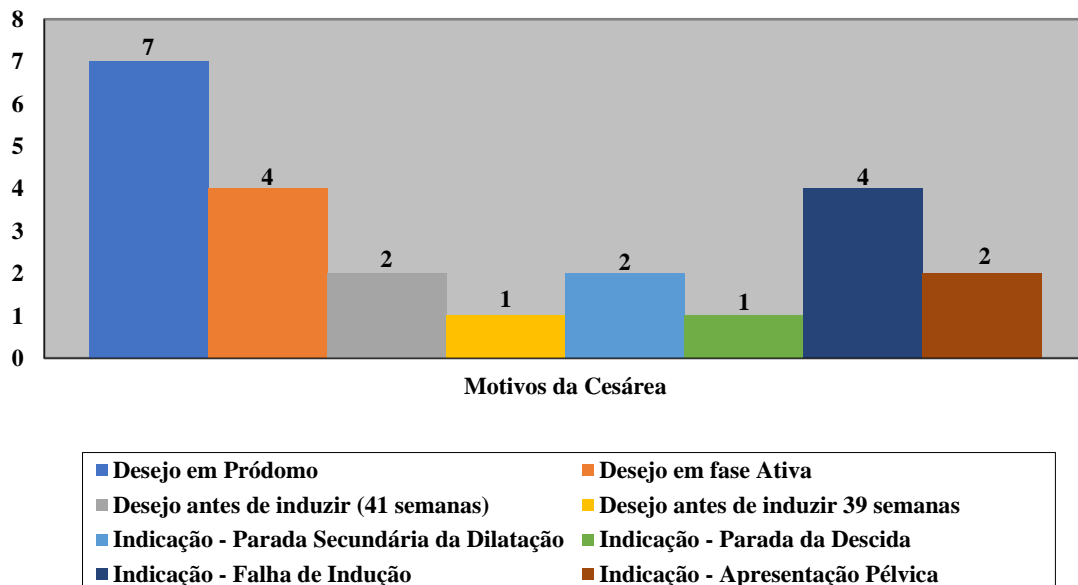
Cabe ressaltar que tais motivos foram retirados do livro de nascimento da instituição.

Gráfico 1 – Evolução do tipo de parto



Fonte: Dados dos sujeitos pesquisados.

Gráfico 2 – Motivo da Cesárea



Fonte: Dados dos sujeitos pesquisados.

5 ARTIGO 1

O que pensam as mulheres sobre o Parto Normal?

Resumo: Objetivo: Conhecer as representações sociais do parto normal quando as mulheres chegam no Projeto Parto Adequado (PPA). **Método:** estudo quantitativo, exploratório-descritivo, desenvolvido nos meses de fevereiro, março e novembro de 2018, com 62 gestantes antes da consulta de pré-natal hospitalar de uma maternidade signatária do PPA, foi coletado os dados sociodemográficos e aplicado o teste de evocação livre de palavras com o termo indutor “Parto Normal”. As Boas Práticas de Atenção ao Parto e a Teoria das Representações Sociais sustentaram o estudo. **Resultados:** foram evocadas 310 palavras e, destas, foram ajustadas em sinônimos ou semelhança de significados tornando-se 38 *corpus*. Através dos dados empíricos pode-se observar que ao primeiro contato das gestantes os elementos do núcleo central foram *dor, maravilhoso, recuperação, ansiedade, desejos, amor e expectativa*. **Consideração Final:** o principal desafio é através de Evidências Científicas e Políticas Públicas, sensibilizar os profissionais de saúde, a oferecer suporte para as gestantes através da produção de projetos terapêuticos singulares e da promoção da saúde com uma escuta qualificada, de maneira a lidar com as diversidades e vulnerabilidades.

Descritores: Parto Humanizado; Assistência ao Parto; Saúde Materno-Infantil; Parto.

Introdução

O parto é considerado um marco no desenvolvimento humano, é um processo fisiológico que pode ser realizado sem complicações para a maioria das mulheres e bebês. No entanto, a sociedade nas últimas décadas impôs concepções à mulher, sustentada por visões histórico-sociais e culturais acerca do feminino, sendo o corpo da mulher incompetente, inadequado, inapto para parir, perdendo sua autonomia sobre seu corpo e sexualidade⁽¹⁻⁵⁾.

Sob aspectos negativos, a representação feminina de que seu corpo é inadequado para receber a dor proveniente do parto, tornou-se a partir do imaginário popular, a principal vivência do processo de parir, não só considerada um processo fisiológico, é um fenômeno sociocultural, que deveria ser considerado um processo singular^(5,6).

Nas últimas décadas, com o avanço da tecnologia e seu poder de persuasão, o parto representou um evento inseguro e patológico. O parto ideal se tornou em o parto sem dor, e o

saber biomédico colaborou para a tomada de poder deste processo. A mulher e seu grupo social se enxergam na necessidade de hospitalização, tornando um processo baseado na medicalização, instrumentalização, práticas intervencionistas e iatrogênicas. Essas práticas tornaram naturalizadas, rotineiras e para eles “necessária”, com intuito de acelerar e otimizar o processo, colocando em risco a vida do binômio⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Em uma ampla pesquisa, o “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, analisou e reuniu informações sobre o parto e nascimento no país nos últimos anos. Caracterizado por um modelo tecnocrático e biomédico, composto por intervenções desnecessárias e iatrogênicas ao binômio mãe – bebê, preocupou gestores, profissionais de saúde e toda a comunidade acadêmica⁽¹¹⁾.

Após 4 anos da pesquisa, há algumas mudanças pertinentes no cenário, em especial nas políticas públicas de atenção ao parto e nascimento e suas práticas, como por exemplo, no Sistema Único de Saúde (SUS) , a Rede Cegonha, revelou boas perspectivas a respeito das boas práticas e redução de intervenções desnecessárias e o Parto Adequado, na Saúde Suplementar, vem se consolidando como destaque nas pesquisas acadêmicas⁽¹²⁾.

Com intuito de oferecer às mulheres e aos bebês um cuidado livre de danos físicos e emocionais, em 2012, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, iniciou-se o “Projeto Parto Adequado (PPA)”. O objetivo é identificar modelos inovadores para a atenção ao parto e nascimento em hospitais privados e públicos com uma medicina baseada em evidência. Acreditando no preparo da equipe multiprofissional, a iniciativa é organizada em quatro frentes: engajamento das lideranças que priorizem a qualidade e a segurança; reorganização do modelo assistencial de modo a favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e a indicação de cesarianas com base em critérios clínicos; monitoramento de informações que permita o aprendizado contínuo; e mobilização de mulheres e famílias para que participem ativamente de todo o processo. Na primeira fase, já concluída, o PPA contou com 35 hospitais e 19 operadoras participantes, na segunda fase já se conta com 90 hospitais e 62 operadoras⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Diante, do exposto, acredita-se que o produto deste estudo poderá proporcionar aos profissionais e gestores da área de saúde materno – infantil, discernimentos a respeito de elementos que podem influenciar na escolha da via de parto pelas mulheres, e assim, ser uma chave para mudanças e melhorias deste modelo inovador, contribuindo para qualificar a assistência pré-natal e obstétrica e acolher as gestantes de maneira singular.

O presente estudo com intuito de identificar as expectativas das gestantes usuárias deste modelo inovador utiliza sob a pergunta “O que pensam as mulheres sobre o Parto Normal?”

Objetivo

Conhecer as representações sociais do parto normal quando as mulheres chegam no Projeto Parto Adequado (PPA).

Métodos

Aspectos éticos

Os dados apresentados integram um recorte de uma dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Todas as recomendações éticas foram seguidas e a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com parecer consubstanciado registrado sob o número 2.409.121, de 01 de dezembro de 2017.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, apoiado nas Teorias das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico, é desenhado a partir de saberes sociais, que são produzidos de acordo com as interações entre pessoas em seus próprios territórios e de sua própria linguagem, o conhecimento leigo, transformando o problema em um senso comum⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Um dos processos responsáveis pela formação das representações, de acordo com Moscovici (2003), é ancoragem, que compreende em apresentar algo estranho e incômodo e transformar em algo novo e familiar, de acordo com o contexto do sujeito, classificar e dar nomes a ponto de influenciar aquele grupo social, facilitando a interpretação e quebrando paradigmas existentes^(17,20,21).

Atrelado a isso, Abric em 1996, propôs a Teoria do Núcleo Central, regida por um sistema interno duplo, sua função é gerar o significado básico da representação estudada e determinar uma organização global, baseando-se em elementos. O Sistema Central é constituído pelo núcleo central da representação, é caracterizada por uma memória coletiva refletida sob condições sócio - histórica e os valores de um grupo social, considerada uma representação estável, coerente e contínua, resistente a mudanças e pouco sensível ao contexto imediato, voltada à uma base comum, consensual e coletivamente partilhada⁽¹⁹⁾.

O sistema periférico, promove uma interação entre a realidade concreta e o sistema central, permitindo uma integração entre experiências e histórias individuais com o grupo social e suas contradições. É evolutivo e sensível ao contexto imediato é uma adaptação à realidade concreta e uma gradativa construção simbólica⁽²²⁾.

Ainda se considerou importante agregar como referência teórico conceitual a Política Nacional de Humanização (PNH) atrelada às Boas práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento pois por ser um marco importante na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal^(23,24).

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo desenvolvido em um município do interior de São Paulo com 851 nascimentos em 2016, destes 745 (88,2%) tiveram mais de 07 consultas de pré-natal e 413 (48,5%) foram PN⁽²⁵⁾.

No município o cuidado ao ciclo gravídico-puerperal de risco habitual é realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), consultórios particulares e em uma maternidade de um hospital filantrópico coadministrado por uma Operadora de Planos de Saúde do município, que atende ao SUS e ao setor suplementar. Todas gestantes a partir de 34 semanas são encaminhadas para a maternidade para a continuidade do cuidado pré-natal e nascimento.

A maternidade é referência na região, e em 2012, com apoio da Operadora de Planos de Saúde, implantou a “Campanha pelo Melhor Parto”, se tornando após, membro do Projeto Parto Adequado (PPA) 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. O PPA tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar⁽¹⁵⁾.

O trabalho desenvolvido na maternidade é referência no Brasil e recebe visitas de outras instituições interessadas em replicar o projeto. Foi iniciado a partir de indagações feitas pelos gestores locais, na busca de aproximar a prática obstétrica das recomendações científicas, abaixar as taxas de admissões em CTI Neonatal, melhorar a segurança materna-infantil, alinhar-se com o Objetivo do Milênio, e tornar o parto uma experiência única para a mulher, bebê e familiares⁽¹³⁾.

Fonte de dados

O contato com as mulheres ocorreu na primeira etapa da pesquisa da Dissertação de Mestrado, que contou com 62 gestantes recém-chegadas ao pré-natal da Maternidade, por volta de 34 semanas de gestação, na sua primeira consulta do pré-natal hospitalar e acima de 18 anos. De um total de 80 gestantes agendadas no período, 62 gestantes compuseram a amostra, sendo excluídas 8 gestantes por terem 2 ou mais cesáreas anteriores, 5 por serem menores de 18 anos, 1 por ser deficiente auditiva, 2 tiveram o bebê antes da consulta já agendada e 2 não aceitaram participar.

Coleta de dados

A coleta ocorreu nos meses de fevereiro, março e novembro de 2018. No primeiro, após assinatura do TCLE, foi realizado a coleta dos dados sociodemográficos e características obstétricas das participantes, o tempo de coleta foi em torno de 15 minutos. Após, foi aplicado o Teste de Evocação Livre de Palavras com o termo indutor “Parto Normal”. Estas evocações poderiam ser adjetivos, substantivos, advérbios ou verbos, nomes próprios ou expressões diversas, a juízo dos sujeitos. Foi solicitado 5 evocações para as gestantes e depois foi pedido para as priorizarem em grau de importância de maneira crescente. Para o processamento, análise e visualização de dados foi utilizado o Software gratuito *OpenEvoc*.

Análise dos dados

Os dados coletados foram elaborados, analisados, interpretados e representados graficamente. Método inovado em pesquisas em Representação Social, Camargo (2005) afirma que devido à complexidade do fenômeno do conhecimento do senso comum, o uso de programas de computador permitiu o surgimento de técnicas de análise de um material linguístico de dados que favorecem uma abordagem intermediária entre a quantitativa e a qualitativa. Assim, temos um método amplo e eficaz para nossa pesquisa.

A ferramenta utilizada foi o OpenEvoc, ela pode ser utilizada em qualquer navegador da Web, oferece recursos de apoio à coleta, processamento, análise e visualização de dados a partir de funções básicas da estatística descritiva – cálculo de frequências e porcentagens, médias, medianas, moda – somadas a um conjunto características incorporadas ao programa com o intuito de facilitar ou agilizar as etapas do processo⁽²⁵⁾.

Resultados

Categorização da Amostra

Dentre as 62 gestantes que participaram do estudo, a média de idade foi 32 anos, sendo 19 anos a menor idade e 41 anos a maior, 50% se autodeclararam brancas e 38,7% pardas, 48,3% casadas, 11,29 % não completaram o ensino fundamental, 16,2 % não finalizaram o ensino médio, 46,77 % concluíram o ensino médio e 25,79 % ingressaram no ensino superior.

A maioria (54,83 %) tinham renda familiar entre 1 e 2 salários. A maioria (58,06%) era multigesta e das 62 gestantes, 43,54 % não planejaram a gravidez, e 77% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação. Das gestantes entrevistadas na primeira fase, os desfechos foram : 34 (54,84%) evoluíram ao parto normal, sendo que um nasceu em outra Instituição (alto risco), 28 (45,16%) foram cesárea, sendo que (gráfico 2): 7 desejaram cesárea em início trabalho de parto, 4 desejaram cesárea em fase ativa de trabalho de parto, 2 desejaram a cesárea com 41 semanas e não induzir, 1 desejou a cesárea com 39 semanas (indicação médica) e não induzir, 1 foi indicado cesárea por mecônio espesso, 3 por frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora, 2 parada secundária da dilatação, 1 por parada da descida, 4 por falha de indução, 2 por apresentação pélvica e 1 por ser mãe diabética tipo 1. Cabe ressaltar que, tais critérios foram retirados do livro de nascimento da Instituição.

Evocação

A análise do corpus formado pelas evocações das 62 participantes, nos revelou que, em resposta ao termo indutor “Parto Normal”, foram evocadas 310 palavras e, destas, foram ajustadas em sinônimos ou semelhança de significados tornando-se 38 *corpus*.

O “ato de evocar” é trazer à lembrança, à imaginação algo que está presente na imaginação dos sujeitos⁽¹⁹⁾.

Com a intenção de manter a maior quantidade de *corpus*, optamos em não desprezar qualquer evocação, mesmo que após os ajustes se tornavam a mesma, porém continham significados diferentes ao entrevistado.

A média da ordem de evocação foi de 3,0. A frequência média foi de 2 evocações, com frequência mínima de 1. O quadro de quatro casas apresentado (quadro 1) foi resultante da análise combinada desses indicadores (frequência x ordem de Evocação).

Quadro 1 – Frequência X Ordem de Evocação (N = 63)

++	Frequência >= 2 / Ordem de Evocação < 3		+ -	Frequência >= 2 / Ordem de Evocação >= 3	
12.9%	Dor	2.95	12.58	Medo	3.26
8.39%	Maravilhoso	2.27	5.48%	Sufrimento	3.76
7.74%	Recuperação	2.75	4.84%	Melhor Escolha	3.20
3.87%	Ansiedade	2.58	4.84%	Dúvida	3.47
3.23%	Desejos	2.30	4.84%	Bom	3.87
2.58%	Amor	1.63	3.87%	Mais Natural	3.17
2.26%	Expectativa	2.29	2.9%	Facilidade	3.67
			2.26%	Alívio	3.29
- +	Frequência < 2 / Ordem de Evocação < 3		- -	Frequência < 2 / Ordem de Evocação >= 3	
1.61%	Saudável Mãe e Bebê	2.2	1.29%	Satisfação	3.50
1.29%	Não Forçar	2.0	1.29%	Dor Momentânea	3.75
1.29%	Não Quero	2.25	1.29%	Necessário	3.75
1.29%	Menos Riscos	2.75	1.29%	Dizem que sou Louca	4.25

Fonte- Dados dos pesquisados

Para a análise dos dados, adotamos a abordagem proposta por Abric (1994) citado no trabalho de Sá (1996), no qual os termos que tiveram sua maior frequência e prioridade foram considerados como hipótese de núcleo central.

No quadro 1 distinguem -se importantes elementos para a apreensão dos sujeitos sobre o parto normal, dessa maneira, temos os elementos do Núcleo Central (NC) (quadrante superior esquerdo): dor, maravilhoso, recuperação, ansiedade, desejos, amor, expectativa; os elementos da 1ª periferia (quadrante superior direito): medo, sofrimento, melhor escolha, dúvida, bom, mais natural, facilidade, alívio; a 2ª periferia (quadrante inferior direito): satisfação, dor momentânea, necessário, dizem que sou louca e os elementos de contraste (quadrante inferior esquerdo): saudável mãe e bebê, não forçar, não quero, menos riscos.

Discussão

Através dos dados empíricos pode-se observar que, ao primeiro contato das gestantes os elementos do núcleo central foram dor, maravilhoso, recuperação, ansiedade, desejos, amor, expectativa.

No que se tange o elemento dor, podemos perceber como este é muito intenso na fala das mulheres enquanto grávidas, uma vez que o termo dor foi o mais frequente e prontamente evocado por 64,5% das mulheres. Para Oliveira (2017), em seu estudo sobre representações sociais do parto nos relatos de mulheres adeptas do Movimento pela Humanização, disserta que a dor é agregada a inevitabilidade das contrações, a dor ainda é vista como o elemento chave para a vivência deste processo, visto como parte do processo fisiológico, é o primeiro sinal sobre o início do parto.

Porém, a forma como a mulher recebe essa informação influencia diretamente na construção deste elemento, a concepção sobre a dor, mesmo antes de vivenciá-la, é um fator decisivo, gera dúvidas e conflitos, advém de um contexto cultural, é vista como um elemento desfavorável para uma vivência satisfatória do parto normal, porém, somente as mulheres que vivenciaram podem descrever⁽²⁶⁻²⁸⁾.

As mulheres devem ser esclarecidas sobre a questão da dor e trabalho de parto, que de fato ela é real, assim como no pós-operatório de uma cesárea, e, de modo similar, há formas de ser amenizada⁽²⁸⁾.

O parto é representado como um momento imprevisível e desconhecido para a mulher, na sensação ativa de viver e sentir o parto, a gestante imersa em uma mistura de expectativas, desejos e ansiedade, trazendo à tona os elementos de um núcleo central^(19,29).

Na Revisão Sistemática de Kliemann, Böing e Crepaldi (2017) mensuravam os fatores de risco para ansiedade e depressão em gestantes. A gravidez pode ser considerada um momento de transição e de crise, no qual a mulher passa por mudanças físicas, hormonais, psicológicas, tornando-a vulnerável emocionalmente, a deriva do contexto social em que ela se encontra, pode aumentar as chances de desenvolver transtornos emocionais, como a ansiedade, considerado um aspecto negativo para a saúde da mulher, do bebê e das relações familiares. Os resultados revelaram que, há uma variedade de fatores que podem intervir no aumento de transtornos emocionais maternos, que vão desde aspectos de pessoais, fisiológico, relacionamentos, contextuais sociais, a fatores socioeconômicos, certificando que, ansiedade e demais transtornos emocionais são fenômenos complexos.

Considerado um elemento pautado em paradigmas, a ansiedade, influencia diretamente na representação do parto normal, pois são a partir de fatores externos e a maneira que esta situação emocional é apreendida pela mulher e pela sua família, que se constrói uma pré - concepção desta representação, e que irá persuadir no seu comportamento, diante do contexto de escolha do seu tipo de parto. Tal elemento pode ser amenizado pelo

contato prévio no pré-natal com as informações, preparação e conseqüentemente a construção de um conhecimento sobre o processo parturitivo⁽³⁰⁻³²⁾.

Durante a gestação, as mulheres criam expectativas sobre ao processo gestacional, desde as mudanças com o corpo, tipo de parto, amamentação e a vinculação entre mãe e filho, emergindo uma representação social a respeito deste processo, que a expõe em atitudes e sentimentos, que podem favorecer ou não na postura frente ao parto normal e também na receptividade do filho que está por vir⁽³²⁻³⁴⁾.

Um aspecto positivo é descritos no elemento recuperação, foi citado em estudos como um dos principais motivos para a preferência por esse tipo de parto, representados também em experiências anteriores exitosas, a mulher sente-se melhor e disposta a realizar suas atividades cotidianas, cuidar do bebê, além de uma recuperação mais rápida do seu próprio corpo^(3,5,35-37).

A representação do Parto Normal é manifestada de maneira otimista pelo segundo elemento mais evocado - “maravilhoso”. O desejo pelo parto normal se manifesta através dos sentimentos de conforto, confiança e segurança pela Instituição e o modelo inovador. A oferta de informações sobre o processo parturitivo contribui para que a gestante adquira sua autonomia em relação à via de parto, cabe ressaltar que estas orientações são interpretadas e representadas de acordo com a história de vida e contexto social de cada mulher^(37,38).

Outros elementos, amor e desejos, estão presentes no núcleo central, demonstram características a partir de representações positivas. São potenciadores para uma vivência satisfatória, que em uma dimensão emocional, apresentam um comportamento que retratam uma vinculação entre mãe- bebê e de amor com o feto⁽³¹⁾. Tais representações vêm se ancorando neste cenário devido a dedicação de uma assistência humanizada dos profissionais de saúde, que compõe uma série de ações que se destacam em um acolhimento eficaz, uma escuta de qualidade e um relacionamento de confiança⁽³⁹⁾.

Contraopondo a este panorama em transição, o elemento *medo*, mais evocado no segundo quadrante, é considerado um determinante sociocultural de grande influência sobre a representação da mulher grávida, o medo da dor, de não dilatar, do desconhecido, do corte, de não conseguir⁽⁴⁰⁾. Para Pereira, Franco e Baldin (2011) é o fator de maior influência no protagonismo da mulher e no seu poder de decisão sobre a escolha ou preferência pela via de parto.

Antes mesmo de engravidar, a mulher cria esse medo, oriundos de histórias ouvidas de parentes e amigas ou da mídia, as informações, que muitas vezes estão restritas ao conhecimento médico e poucas chegam de fato ao conhecimento que deveriam ser a principal

conhecedora do processo que ela protagoniza. A apreensão representada possui grande influência no protagonismo da mulher e no seu poder de decisão sobre a escolha ou a preferência pela via de parto e o seu desfecho⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Há também as gestantes que, por medo, abortos anteriores, dúvidas e/ou insegurança quanto ao desenrolar da gestação, não conseguem se dedicar a gravidez e almejar pelo filho⁽³⁴⁾.

O elemento sofrimento, condensado a partir das evocações: Pânico, Desespero, Choro, Nervosismo, Sofrimento, Trauma, Sofrido e Vontade de gritar, nos transmite sentimentos de más experiências já vividas e/ou vivenciadas por entes queridos que já passaram por violências obstétricas, relações assimétricas no atendimento e são transmitidas como não desejo pelo parto normal, e como maneira de fugir do trauma, a maioria opta pela cesárea^(38,41,44,45).

Já os elementos “melhor escolha”, “bom”, “facilidade”, “alívio”, “mais natural”, pode ser representado por um misto de elementos fundamentais para a construção de um discurso social sobre o corpo da mulher, agregando valores ao núcleo central. Permite uma associação entre suas histórias individuais com a do seu grupo social e suas contradições, é próspero ao contexto imediato, adaptável à realidade concreta e à construção simbólica⁽¹⁹⁾.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação do estudo o fato de ser feito em um local e população específica, sendo que a perspectiva de determinado fenômeno é dinâmico e está relacionada ao tempo e espaço vivido no mundo real dos sujeitos, além da dificuldade de selecionar gestantes em sua primeira consulta de pré-natal hospitalar. Apesar das limitações, os resultados apontados poderão contribuir para novas pesquisas acerca da expectativa de parto normal e a qualidade da assistência para as mulheres.

Contribuições para a área de enfermagem

O presente estudo promoveu reflexões sobre a perspectiva das mulheres a respeito do parto normal e tem potencialidade de desenraizar esta representação, contribuindo para um avanço de evidências científicas que constatarem como o papel da assistência obstétrica e dos profissionais da enfermagem pode ser importante para propagar e agregar novas informações sob uma nova imagem deste fenômeno. Destacando o importante papel da educação em saúde tanto no pré-natal como durante a formação do indivíduo.

Para a área acadêmica, os resultados reforçam a importância da formação de profissionais de saúde estar prevista de forma a garantir uma visão da integralidade do cuidado, da segurança do paciente e atendimento humanizado.

Considerações Finais

A análise dos resultados demonstrou que, sob as perspectivas das mulheres, a representação social do Parto Normal vem se relacionando com novas experiências apreendidas neste modelo inovador, e em uma gradativa construção simbólica, agrega valores ao seu grupo social, transformando o novo em popular. Permite considerar que, de uma forma geral, houve uma representação positiva das mulheres para a expectativa do Parto Normal, no entanto ainda carrega fatores culturais e sociais ao modelo de assistência ao parto e nascimento, que permeia um desejo reprimido pelas concepções femininas e experiências traumáticas.

A que se dizer que a especificidade deste modelo enriquece a experiência deste grupo social, porém há a necessidade de considerar outros aspectos para se obter efetivo sucesso, sendo seu principal desafio desenraizar as representações sociais do contexto sócio – cultural, de um modelo de atendimento biomédico, hegemônico, tecnocrático e medicalizado.

Consideramos que o principal desafio é através de Evidências Científicas e Políticas Públicas, sensibilizar os profissionais de saúde, a oferecer suporte para as gestantes através da produção de projetos terapêuticos singulares e da promoção da saúde com uma escuta qualificada, de maneira a lidar com as diversidades e vulnerabilidades. Identifica-se também que, pelo exposto pelas mulheres, as práticas educativas não foram suficientemente capazes de transpor a cultura da cesárea e da dor do parto.

A abordagem educativa sobre o processo gestacional e parturitivo deve ser orientada desde o início do pré-natal, fornecendo informações e subsídios para confiança, segurança e bem-estar da gestante e seus familiares, cabe relatar que tais informações serão absorvidas de acordo com a história de vida de cada mulher e seu grupo, porém estará disposta às transformações.

Acredita-se que a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem obstétrica e obstetras, deve estabelecer uma relação de confiança e capacidade em identificar as dificuldades singulares e transpor a representação social do parto e nascimento e seu modelo tradicional. Porém a atuação deste tipo de profissional ainda é mínima na maioria das Instituições.

Assim, o presente estudo promoveu reflexões sobre a representação social do parto normal na população estudada e tem potencialidade para estimular gestores e profissionais de saúde a buscarem inovações para esta problemática, que se alicerce em um cuidado pautado na informação, humanização do parto e nascimento, no protagonismo feminino e na proteção de direitos humanos.

Fomento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) via Programa de Demanda Social (DS) com data de início em 01 de março de 2018.

REFERÊNCIAS

1. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(5):1303–11.
2. Leão MR de C, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013;18(8):2395–400. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=pt&tlng=pt
3. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal: Revista de Psicologia* [Internet]. Rio de Janeiro; 2013;25(3):585–602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
4. BRENES AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad Saúde Pública* [online] [Internet]. 1991;7(2):135–49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso
5. Almeida RP de, Miyazaki CMA, Cordeiro SN. Percepção das mulheres sobre assistência e vivência do parto. In: *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saú* [Internet]. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário Percepção; 2018. p. 713–20. Available from: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6244/1/12CongNacSaude_713.pdf

6. Brigagão JIM, Gonçalves R. O uso das tecnologias em obstetrícia : uma leitura crítica. In: Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. São Paulo; 2010. p. 1–11.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Ministério da Saúde, editor. Cad Humaniz [Internet]. Brasília; 2014;5–465. Available from: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
8. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: Cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. 2015;25(3):885–904.
9. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra. *Physis Rev Saúde Coletiva*, Rio Janeiro. 2017;27(3):415–32.
10. WHO. World Health Organization. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO WHO, editor. Geneva; 2018;212. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
11. Leal M do C, Gama SGN da. Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30:S5–S5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
12. Leal M do C. Parto e nascimento no Brasil : um cenário em processo de mudança. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):1–3.
13. HMSI. Hospital Municipal Santa Isabel . Projeto Melhor Parto – Nascer em Jaboticabal. Portifólio. 2016 p. 35.
14. ANS. Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde. Projeto Parto Adequado - Fase 1 [Internet]. ANS, editor. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).; 2016. 1-49 p. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf

15. ANS. Projeto Parto Adequado [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2018 [cited 2018 Oct 3]. Available from: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>
16. Silva SÉD da, Camargo BV, Padilha MI. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(5):947–51.
17. Schuch DS, Cordeiro MHB., Oliveira L de, Piva VM. O uso de instrumentos teórico metodológicos da representação social na pesquisa em educação ambiental [Internet]. *Edurece*. Itajaí; 2008. Available from: https://www.pucpr.edu.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/678_425.pdf
18. Oliveira TDCM. Representação Social Do Parto Para a Mulher. *Psicologia PT*. 2015;1–24.
19. Sá CP de. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicol*. 1996;4(3):19–33.
20. Sanfelice CF de O, Shimo AKK. Social representations on home birth. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2015;19(4):606–13. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150081>
21. Segá RA. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90* [Internet]. Porto Alegre; 2000;128–33. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/anos90/article/download/6719/4026>
22. SÁ CP. Representações Sociais: Teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicol* [Internet]. 1996;4(3):19–33. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300002
23. Brasil. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. In: Ministério da Saúde. Brasília; 2004. p. 1–19.
24. OMS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. 1996 p. 3.
25. BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET)- Sistema de Informações dos nascidos Vivos (SINASC): Jaboticabal-SP 2016 [Internet]. citado 2018 out 08. 2018. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>

26. Cavaler CM, Castro A, Figueiredo RC, Araújo TN. Representações Sociais do Parto para Mulheres. Id on Line Rev Mult Psic [Internet]. 2018;12(41):977–90. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1158/1859>
27. Velho MB, Santos EKA dos, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014;67(2):282–9. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140038>
28. Montoya DIG, Mazuelo EMG, López CPH. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Av en Enfermería [Internet]. 2015;33(2):271–81. Available from: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
29. Caus M, Cristine E, Santos A, Kotzias E, Andréia A. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. 2012
30. Oliveira MSBS De. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. Revista Brasileira de Ciências Sociais [Internet]. 2004;19(55):180–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014
31. Oliveira JMP. Representação social do parto nos relatos de mulheres adeptas do Movimento pela Humanização. Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
32. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. Mudanças - Psicol da Saúde [Internet]. 2017;25(2):69–76. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7512/6006>
33. Pereira R da R, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das Gestantes sobre a Parturição: Protagonismo das mulheres. Saude e Sociedade [Internet]. 2011;20(3):579–89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000300005&script=sci_abstract&tlng=pt
34. Mata JAL da, Shimo AKK. A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ARTE DA PINTURA DO VENTRE MATERNO PARA GESTANTES. Rev Pesqui Qual. 2017;5(8):250–68.
35. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva. Texto e Context Enferm. 2016;25(1):1–10.

36. Teixeira MM de S, Santos SLS Dos. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2018;22(65):399–410. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200399&lng=en&tlng=en
37. Junior TL, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. 2013;21(3).
38. Oliveira VJ, Penna CM de M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 3):1304–12.
39. Nunes LC. Implantação da política nacional de humanização (pnh): conquistas e desafios para a assistência em saúde. *GEP NEWS*. Maceió; 2018;1(1):2–7.
40. Reis CC, Romana Ferreira De Souza K, Santos Alves D, Maria Tenório I, Brandão Neto W. Percepção das Mulheres sobre a Experiência do Primeiro Parto: Implicações para o Cuidado de Enfermagem. *Cienc Y Enferm XXIII*. 2017;(2):45–56.
41. Zanardo GL de P, Uribe MC, Nadal AHR De, Habigzang LF. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Psicol e Soc* [Internet]. 2017;29:1–11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>
42. Boryri T, Noori N, Teimouri A, Yaghobinia F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2016;21(3):239. Available from: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2016/21/3/239/180386>
43. Aissa T de F, Oba M do V, Pinto MCRLR, Scanduzzi RJ, Soares DW, Gomes DF. A representação social da primigesta em relação ao parto. *Cadernos ESP*. Ceará; 2014;8(1):11–9.
44. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2015;10(35):1. Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
45. Barbosa LDC, Fabbro MRC, Machado GP dos R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Av en Enfermería* [Internet]. 2017;35(2):188–205. Available from: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/59637>

6 ARTIGO 2

Manuscrito submetido para a Revista Brasileira de Enfermagem, no PRELO sob a ID REBEn-2019-0007.



PESQUISA

REPRESENTAÇÕES DO PARTO EM UMA MATERNIDADE SIGNATÁRIA DO PROJETO PARTO ADEQUADO NA TEORIA SOCIAL

*Representations of childbirth in a maternity signatory of the Project Parto Adequado in
Social Theory*

*Representaciones del parto en una maternidad signatario del Proyecto Parto Adequado en la
Teoría Social*

RESUMO

Objetivo: conhecer as representações sociais do parto por parte de mulheres atendidas em maternidade integrante do Projeto Parto Adequado. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, apoiado na Teoria das Representações Sociais. Dezoito puérperas de maternidade signatária do Projeto Parto Adequado foram entrevistadas. A análise dos dados foi desenvolvida a partir da Análise Lexical - Nuvem de Palavras e Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** A representatividade da experiência está retratada a partir de três categorias temáticas: “Modelo que surpreende”, “Modelo que satisfaz” e “Modelo com embarços”. **Considerações finais:** A luta por mudanças nas representações sociais envolvendo parto e nascimento é necessário, com vistas ao surgimento de uma nova cultura social e institucional para efetivamente sustentar modelos de atenção ao parto e nascimento mais humanos e dignos. O profissional é um potente agente de transformação de representações na direção de desses novos modelos.

Descritores: Parto; Assistência ao Parto; Maternidade; Satisfação do Paciente; Teoria Social.

ABSTRACT

Objective: to know how the social representation of childbirth by the women assisted in the maternity of the Parto Adequado Project. **Methods:** qualitative, exploratory-descriptive study, supported by Theory of Social Representations. Eighteen postpartum mothers of the Parto Adequado Project were interviewed. Data analysis was performed using the Lexical - Word Cloud and Thematic Content Analysis. **Results:** The representativeness of the experience is portrayed from three thematic categories: "Surprising model", "Model that satisfies" and "Model with embarrassments". **Final considerations:** The struggle for changes in social representations and birth is necessary, with a view to the emergence of a new social and institutional culture for the exercise of more humane and dignified models of childbirth and birth. The professional is a powerful agent of transformation of representations in the program of new models.

Descriptors: Parturition, Patient Satisfaction, Social Theory, Maternal-Child Health Services Natural and Childbirth.

RESUMEN

Objetivo: conocer las representaciones sociales del parto por parte de mujeres atendidas en maternidad integrante del Proyecto Parto Adequado. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, apoyado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se entrevistaron dieciocho puérperas de maternidad signataria del Proyecto Parto Adequado. El análisis de los datos fue desarrollado a partir del Análisis Lexical - Nube de Palabras y Análisis de Contenido Temático - Categorical. **Resultados:** La representatividad de la experiencia está retratada a partir de tres categorías temáticas: "Modelo que sorprende", "Modelo que satisface" y "Modelo con embarazos". **Consideraciones finales:** La lucha por cambios en las representaciones sociales involucrando parto y nacimiento es necesario, con miras al surgimiento de una nueva cultura social e institucional para efectivamente sostener modelos de atención al parto y nacimiento más humanos y dignos. El profesional es un potente agente de transformación de representaciones en la dirección de estos nuevos modelos.

Descriptor: Parto; Partería; Maternidad; Satisfacción del paciente; Teoría social.

INTRODUÇÃO

Discussões acerca dos modelos de atenção ao parto e nascimento e suas implicações com danos e garantia de direitos seguem atuais e necessárias, sobretudo diante da medicalização do corpo feminino e do nascimento, da desigualdade de gênero e das violências efetivadas na atenção obstétrica⁽¹⁻⁴⁾. O compromisso da atenção obstétrica deve ser de prover um cuidado livre de danos físicos e emocionais às mulheres, aos bebês e suas famílias.

Evidências científicas, documentos orientadores, políticas e movimentos sociais nacionais e internacionais, assinalam a premência em transformar este cenário, porém os avanços obtidos têm sido tímidos, com permanência da valorização do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento. Nele há o entendimento de ser mais seguro à mulher parir em instituição e sob o suporte e direcionamento do profissional médico⁽⁵⁻⁸⁾.

Como reflexo, há 40 anos, vive-se uma crescente epidemia de cesáreas desnecessárias no Brasil. Em 2012, ela representou 52% dos nascimentos ocorridos no país (86% no setor privado e 43% no público), porcentagem muito superior às preconizadas pela Organização Mundial de Saúde^(1,9-13). Afirma-se que a falta de estrutura física, material e organizacional nos serviços públicos, a prevalência do caráter mercantilista dos serviços privados, somados de fatores relacionados à violência institucional e à violação dos direitos da mulher e da criança, tem contribuído com a percepção da cesárea enquanto forma de parto ideal⁽³⁾.

O documento ‘Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento’⁽¹⁴⁾ marco importante na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, traz a proposta de (re)pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira^(15,16). Dentre iniciativas brasileiras de destaque em relação a modelos de atenção ao parto e nascimento está o “Projeto Parto Adequado (PPA)”. Ele surgiu em 2012 e apoia-se em quatro frentes: engajamento das lideranças na priorização da qualidade e da segurança; reorganização do modelo assistencial de modo a favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e a indicação de cesarianas com base em critérios clínicos; monitoramento de informações que permita o aprendizado contínuo; e mobilização de mulheres e famílias para que participem ativamente de todo o processo. O PPA tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar⁽¹²⁾. Em sua primeira fase contou com o envolvimento de 35 hospitais e 19 operadoras participantes e, na segunda fase, com 90 hospitais e 62 operadoras^(11,12,17).

O presente estudo alinha-se com o movimento voltado a buscar modelos inovadores na atenção ao parto e nascimento, sob a pergunta “Como está representada a experiência de parto de mulheres atendidas em instituição integrante do Projeto Parto Adequado?”.

OBJETIVO

Conhecer as representações sociais do parto por parte de mulheres atendidas em maternidade integrante do Projeto Parto Adequado (PPA).

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa foi apreciada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com aprovação sob o parecer de número 2.409.121. Todas as recomendações éticas foram seguidas, com assinatura dos termos preconizados.

Referencial teórico e tipo de estudo

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido sob o aporte da Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual toma sujeitos sociais frente a um objeto psicossocial, no caso mulheres frente ao parto em contexto da iniciativa PPA. O referencial parte das vivências sociais para a construção e interpretação das representações presentes, na direção de avançar para além da reprodução dessa representação, com apreensão de novas informações, transformar em familiar, de modo a influenciar aquele grupo social, facilitando a interpretação e quebrando paradigmas existentes^(18,19). O instrumento do Equator utilizado para nortear o estudo foi o COREQ⁽²⁰⁾.

Participantes e cenário do estudo

O estudo captou suas participantes em maternidade de município do interior paulista, com população estimada de 76.864 habitantes, e cuja renda per capita no último censo em 2010 foi em torno de R\$1.015,51 por ano. O município conta com duas maternidades, no ano de 2016, teve 851 nascimentos, destes 413 (48,5%) foram parto normal⁽²¹⁾.

A maternidade elencada ao estudo concentra cerca de 90 por cento dos partos do município e está localizada em um hospital filantrópico coadministrado por uma Operadora de Planos de Saúde do município, que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao setor suplementar. Em 2012, com apoio da Operadora de Planos de Saúde, implantou a “Campanha

pelo Melhor Parto”, se tornando após, membro do Projeto Parto Adequado (PPA) 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. O trabalho desenvolvido na maternidade é referência no Brasil e recebe visitas de outras instituições interessadas em replicar o projeto.

Cabe destacar que todas as gestantes da rede SUS do município e da Operadora em destaque, ao completarem 34 semanas de gestação, tem a continuidade da atenção pré-natal desenvolvida na maternidade.

O convite para integrar o estudo ocorreu pessoalmente na primeira consulta de pré-natal na maternidade, quando 36 mulheres foram contatadas. Dessas, duas foram transferidas para a atenção à gravidez de alto risco em outro município; oito não aceitaram integrar o estudo alegando não interesse; com seis houve falha de contato - não respondiam ou atendiam, e, duas não compareceram no local marcado para a entrevista.

As participantes do estudo foram 18 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser puérpera com no mínimo 15 dias de pós-parto e com recém-nascido vivo. Enquanto critério de exclusão adotou-se a incapacidade em prover narrativa compreensível e ser adolescente.

Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi desenvolvida a partir de entrevista aberta disparada pela colocação: “Conte-me como foi sua experiência na maternidade”. Ao longo da entrevista outras questões foram realizadas de forma articulada ao exposto pela participante, no intuito de compreender os aspectos representativos do fenômeno em foco.

Todas as entrevistas foram desenvolvidas pela primeira autora deste estudo, ocorreram de fevereiro a março de 2018, foram gravadas em áudio, com duração de aproximada de 30 minutos. O local da realização da entrevista foi de escolha da mulher, quando o domicílio foi majoritariamente o local de opção (98%).

Na décima quarta entrevista nenhuma nova informação surgiu, denotando saturação das informações. Desse modo, optou-se por desenvolver mais quatro entrevistas na direção de confirmar tal constatação e efetivar o alcance da saturação teórica⁽²²⁾.

Os dados foram transcritos na íntegra, sofrendo apenas correções estruturais e tratados segundo um duplo critério de análise: (1) Análise Lexical - Nuvem de Palavras ⁽²³⁾ e (2) Análise de Conteúdo Temática⁽²⁴⁾.

Para o processamento dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Desenvolvido por Ratinaud em 2009, trata-se de um software gratuito que tem como base o software R, e que possibilita o preparo e análises de textos, incluindo análises lexicais que facilita a exploração e interpretação de textos^(23,25,26).

Utilizou-se a nuvem de palavras, a partir de uma análise lexical mais simples, as palavras são agrupadas, organizadas e estruturadas de acordo com a sua frequência. São apresentadas em tamanhos diferentes, sendo maiores as que dispõem mais importância no *corpus*, concentradas na região central da imagem.

Para a análise, foram utilizados parâmetros padrões do software e destaca-se que palavras como artigos, preposições e outras que não trariam significado ao conteúdo, foram excluídas com a finalidade de clareza à imagem.

Após a transcrição e leitura do material, construiu-se também, a partir da análise de conteúdo, um modelo formado por categorias temáticas, garantindo uma convergência empírica das entrevistas e agregando representatividade à análise lexical.

A aplicabilidade do método favorece uma melhor visualização do contexto, porém é notável a importância de se apropriar das falas das participantes do estudo, para isso amparou-se no estudo de Nascimento⁽²⁷⁾ que conciliou o software com a análise de conteúdo a partir de um mesmo banco de dados. Para ele, o ganho pode confirmar ou não, tendências entre um elemento e outro.

RESULTADOS

Dentre as 18 participantes, 50% se autodeclararam pardas e 44% brancas, 66,7% casadas, 5,5% não completaram o ensino fundamental, 22,2% não finalizaram o ensino médio, 50% concluíram o ensino médio e 22,2 % ingressaram no ensino superior. Quanto à idade, a média foi 32 anos, sendo 21 anos a menor idade e 39 anos a maior. A maioria (66,7%) tinha renda familiar entre 1 e 2 salários, 16,6 % entre 2 ½ e 4 salários mínimos e 16,6% entre 4 ½ e 6.

A maioria (61%) era multigesta e das 18 puérperas, 61% não planejaram a gravidez, e 77% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação. Dos nascimentos: 11 (61,11%) evoluíram ao parto normal e 7 (38,89%) foram cesárea, sendo 04 por escolha da mulher (01 com 41 semanas, 01 no início do trabalho de parto, 02 em fase ativa de trabalho de parto), 02 indicações por falha de indução e 01 desejou a cesárea com 39 semanas (indicação médica de resolução).

A Figura 1, a seguir, corresponde ao método utilizado para a análise lexical das entrevistas, foi operado o método de nuvem de palavras, sendo ao total 175 palavras diferentes, a palavra dor foi a que teve maior frequência no corpus - 116 vezes, seguido de médico - 95 vezes, enfermeiro – 88 vezes e bebê – 87 vezes.

Figura 1 - Nuvem de Palavras



A análise de conteúdo temática permitiu identificar três categorias tradutoras da representatividade da vivência do parto no modelo do PPA: “Modelo que surpreende”, “Modelo que satisfaz” e “Modelo com embarços”.

Modelo que surpreende

A representação que lançou boa parte das participantes aos tempos de trabalho de parto e parto foi de ser ele um tempo de dor, com possibilidade de intercorrências e chances de sofrimentos e danos.

Eu queria, mas eu tinha medo, por trabalhar 9 anos em outro hospital e ter visto algumas coisas que me deixaram traumatizada. (E9)

No começo eu tinha medo, me falavam muitas coisas sobre a maternidade. (E3)

Pensei que fosse completamente diferente, pensei que ia sofrer. (E4)

Este imaginado e prospectado é interpelado por suporte informativo e por esforços de acolhimento, aspectos que favorecem abertura da mulher em tentar experimentar o trabalho de parto e confiar que o mesmo pode se efetivar enquanto normal.

(...) tentaram me explicar os benefícios do parto normal que era o que eu mais tinha medo, tentaram me mostrar o lado bom. (E13)

Conheci a equipe, os médicos, (...) eu comecei a ter mais confiança e saber que iria dar tudo certo, então já mudei um pouquinho a ideia que eu tinha da parte negativa. (E9)

Identificam que a proposta de atenção do modelo do PPA aposta em aprendizados, autonomia, participação ativa do companheiro e esforços profissionais contínuos de acolhimento. Este conjunto gera satisfação, de forma que o modelo as surpreende.

(...) sinceramente foi muito bom, tirou todas minhas dúvidas e tudo que a gente não sabia, do tampão, dessas coisas assim que mãe de primeira viagem não sabia, os exercícios, sobre tudo que ela falou, eu achei muito interessante mostrou o vídeo mostrou como que é, eu até eu chorei quando vi o neném nascendo (...) ali para a gente é tudo novo, achei muito legal, tinha muito casal, bastante gente perguntou, tirou dúvidas e achei muito eficiente para mim e para o meu marido foi ótimo eu gostei bastante. (E1)

Quando falaram que era humanizado já me agradou bastante, que antes não era né? A hora que falaram que eu podia escolher as coisas, eu gostei. (E7)

Aí eu fiquei na bola (...) eu tive debaixo do chuveiro, a médica já me deu direto no meu colo (...) meu marido ficou comigo e depois cortou o cordão, aí eu deitei na cama e a enfermeira tirou a placenta, que também não era assim na época da minha outra filha, tirou a placenta de devagarzinho, eu fiquei sentada e já fui comer. (E11)

Foi muito importante a presença do meu marido, porque ele me ajudou em tudo, ficou perto de mim, ajudou no parto, cortou o cordão, aí o médico chamou ele e ele foi lá me ajudou em tudo “Vai pai, vai pai,” para mim foi essencial a presença dele. (E1)

Senta na bola, vai para o chuveiro, você vai sentir menos dor e realmente eu sentia menos dor, no chuveiro principalmente. (E12)

Modelo que satisfaz

O modelo de atenção ao parto vivenciado deixa enquanto principal marca a satisfação, em especial por se sentir empoderada, fruto da atenção e carinho vivenciado nas relações de suporte ofertadas pelos profissionais, quando destacam os médicos.

Tanta gente reclama, foi tão lindo, eu tinha medo de ouvir o que os outros falavam sabe, muita gente que fala o que não sabe, me trataram com carinho, foi tão perfeito, eu achei que não ia conseguir (...) tá guardado na minha memória, que eu não vou esquecer, dá até vontade de chorar. (E12)

O médico que fez o meu parto, ele eu amei, é muito simpático, me acalmou, quando não estava aguentando de dor, conseguiu fazer a minha última hora valer a pena. (E1)

Eu senti muita confiança, eu gostei muito dela, porque eu já tinha passado por 3 plantonistas. Mas essa me deixou mais confortável porque eu vi que ela me ouvia. (E4)

Sempre tinha alguém ali de plantão, perguntando se estava tudo bem, muito atenciosos, prestativos, só quero agradecer por tudo que eles fizeram, com cuidado, atenção deles e dar parabéns. Teria outro filho, sem dúvida, é até gostoso ficar na maternidade, parece um hospital particular, bem acolhedor. (E18)

Este último excerto traz a ideia de não imaginarem poder vivenciar uma atenção de qualidade no sistema público de saúde, fato que surpreende a muitas.

Eu acho que foi uma experiência única para mim, eu fui surpreendida pela forma que eu fui tratada, por que eu não esperava mesmo eu tinha outra visão do SUS. (E13)

Eu sei que lá tem os dois atendimentos, mas eu acho que não mudou atendimento, eu tenho certeza, não muda o atendimento do público para quem tem um plano de saúde por exemplo, na maternidade não, pode ser em outros lugares, mas lá não, lá é todo mundo tratado igualmente, a gente não percebe diferença, ninguém faz diferença por ser público ou não e eu com certeza indicaria para qualquer um, porque o atendimento foi maravilhoso comigo. (E13)

A satisfação determina que recomendem o serviço a outras mulheres.

Eu fiquei encantada de verdade com atendimento que eu tive lá, realmente agora eu tenho duas amigas que estão grávidas e eu falei para elas que referência para mim agora é lá. (E9)

Para as mulheres satisfeitas com a experiência, a percepção da dor tem outro sentido, e foi simbolizado como algo passageiro e momentâneo, que representa o nascimento de um filho. Para aquelas que o desfecho foi o parto normal, a superação da dor foi simbolicamente representada pela também torna a prova da conquista e perseverança destas mulheres.

Foi um momento bom, momento de todas as dores (...) a gente fala assim: “nossa, compensou a dor, foi difícil mas você tá aqui”, a gente pega a bebê no colo, respira fundo e fala “meu Deus, obrigado” e aí só da gente ouvir chorinho, a gente fica muito contente, os desconfortos a gente esquece. (E10)

Só quem tem parto normal sabe, porque tem que ter muita garra, você tem vontade de desistir de verdade, acha que não vai conseguir, porque dói, dói muito, mas é uma dor que você quer e depois vem aquele momento que você precisa fazer a força para ele sair. Nossa é lindo, se eu pudesse eu teria outro e teria normal. (E12)

Já as que tiveram uma cesárea, o fato de terem vivenciado o processo fisiológico do trabalho de parto permitiu representatividade diferente do trabalho de parto e parto, quando ponderam a possibilidade de passarem por um parto normal em uma próxima gestação na mesma Instituição.

Tentaria normal, porque agora eu sei como é, eu acho que eu fico mais preparada. Não me arrependo da cesárea, eu cheguei ao meu limite, eu tentei sabe, não fui além do que eu era capaz, eu creio que esse momento de sentir, de entrar em trabalho de parto, tanto para mim quanto para ela, saber que ela estava chegando, acho que foi muito importante. (E9)

Eu ia ter outra experiência, eu ia saber que eu ia ter que esperar, eu já ia saber que dói, acho que tudo isso foi uma coisa minha de estar insegura e ter medo da dor do parto normal. (E4)

Modelo com embaraços

A categoria, abarca representações que, de alguma maneira interferiram negativamente na experiência com a proposta do PPA.

Um dos aspectos diz respeito a lacunas na oferta das informações da parte do profissional, em especial do médico, quando destacam falta de sensibilidade para as necessidades manifestas e a habilidade e disponibilidade do profissional em efetivá-la, como observado nos excertos a seguir:

(...) nem todas as informações eu consegui suprir, como eu sou mãe de primeira viagem, a gente tem muita dúvida. Nem sempre os médicos respondem tudo que a gente pergunta, às vezes tem dia que ele estava um pouco mal-humorado (...) às vezes nem respondia. Eu não sei se pode falar, mas ela é muito grossa, eu não gostei dela, muito fria sei lá acho que para quem, como eu posso dizer, igual a gente que é mãe de primeira viagem não sabe como que é nada, é claro que a gente sabe que vai doer, mas a gente nunca sentiu então é diferente você saber e você sentir. [...] O dia inteiro a doutora me deixava mais nervosa, aí ela entrava lá na sala e falava: “não, vamos, para de ser mole, não precisa de tudo isso”. Você está com dor, não é isso que quer ouvir. (E1)

Eu queria às vezes ter ouvido, de outro jeito que tivessem me explicado, “é normal”, mas se tivesse sido abordado de outro jeito eu tinha outro conceito (...) é tudo “normal, normal”, aí eu falava “não vou voltar lá porque é normal”, a internet me dava mais respostas, acho que é por isso que eu não queria ir mais lá. (E4)

Outra insatisfação destacada pelas mulheres diz respeito à representação da longitudinalidade do acompanhamento com um mesmo profissional e a correlação que estabelecem com vínculo e qualidade à atenção.

Eu sei que lá são todos profissionais capacitados, mas não é o profissional que eu escolhi né, não era o meu profissional de confiança. (E9)

Agora é o plantão que faz né? deveria ser quem acompanhou desde o começo ... agora eles pegam só essas anotações, não tá tudo ali. (E4)

São vários médicos, são várias opiniões, eu acho que é isso que está faltando no hospital, juntar ideias, cada um tem uma ideia, um objetivo diferente e assim, eu me decepcionei muito. (E5)

Algumas, nas interações com os profissionais sentiram-se coagidas a optar pelo parto normal.

Eu acho que essas consultas, com cada dia um diferente, gera muito conflito, e quem fica no meio é a gestante que já está em uma situação tão delicada, psicológico a mil que fica no meio dessa guerra, tudo com aquela ênfase de fazer o parto normal, eu acho que isso não é um parto humanizado, é um parto forçado (...) é isso que me senti, o tempo todo dizem “ não, você tem o direito de escolher”, em um momento elas falaram “vai, escolhe”, “não, você vai fazer o normal, você aguenta fazer o normal” então esse negócio “você pode escolher” para mim é tudo farsa. (E5)

E outras, sentiram-se desassistidas, como quando a episiotomia não foi praticada.

Eu não tive ajuda de nada, a médica disse que não podia me cortar que não podia fazer nada, que eu tinha que fazer tudo sozinha (...) que tinha que ser naturalmente (E6).

DISCUSSÃO

A qualificação da atenção obstétrica perpassa, no Brasil, pelo rompimento com o paradigma tecnocrático e medicalizado vigente e hegemônico⁽²⁸⁾ com discussão e proposição de modelos de atenção obstétrica substitutivos a ele. Nessa direção, o presente estudo focou a representação de mulheres que vivenciaram atenção em instituição integrante do PPA, com apontamentos que podem ser tomados de forma atenta em modelos de atenção ao parto e nascimento.

Um primeiro aspecto, retratado na figura representativa da análise lexical e reforçado na categoria “modelo que surpreende” é a representatividade negativa que o modelo de atendimento tecnocrático e medicalizado imputa à entrada da mulher na proposta de acreditar e se envolver com sua capacidade e tendência em parir. Ou seja, socialmente efetivou-se representação de serem cesarianas mais seguras e de existir a necessidade de profissionais, em especial o médico, para regular o trabalho de parto e parto, evidenciado na prevalência das palavras dor, médico, enfermeiro na análise lexical.

Ainda nela, outras palavras como cesárea, conseguir, medo, denotam ser este tempo inicial do trabalho de parto e parto uma etapa de encontro com essas representações que limitam o envolvimento e imersão da mulher com o processo natural de parir.

Neste contexto, a dor está destacada e de fato compromete bem-estar⁽²⁹⁻³²⁾ e precisa ser tomado pelo profissional enquanto um processo complexo e variável de mulher para mulher, mas sob o credo de ter a mulher capacidade de se adaptar ao mesmo, desde que empoderada e apoiada^(32,33).

De forma global, o amparo profissional determinou às participantes deste estudo, sentimentos de credo, confiança e conduziram elas a quererem experimentar seu corpo, suas possibilidades na direção do parto normal. Neste contexto de suporte, o apoio informacional e os esforços de acolhimento das necessidades da mulher, criança e família são de relevância e centralidade diferenciada, como tratado na categoria “Modelo que surpreende”. Inclusive, sentimentos de surpresa e satisfação representam a vivência de participantes no modelo do PPA, aspectos que se alinham com as intenções do mesmo⁽³⁴⁾. Ainda, a satisfação promoveu movimentos sociais de recomendação do modelo, como evidenciado nas falas de participantes. Portanto, quando o profissional intenciona a satisfação da mulher e sua família, contribui com a transformação de representações acerca dos modelos de atenção obstétrica, com chances de contribuir com a disseminação social de novas imagens, tanto do modelo hegemônico vigente, quanto de substitutivos a ele.

Uma experiência positiva de nascimento de um filho pode representar uma mudança positiva na história de vida da mulher, é uma ferramenta para a quebra de paradigmas a respeito da forma da assistência que vem engajando muitas mulheres a passarem por esta experiência. Investigar o grau de satisfação tem sido uma das formas de avaliar a qualidade do atendimento prestado e traz à tona os aspectos e propósitos norteados pelas políticas de humanização⁽³⁵⁻³⁸⁾.

O cuidado obstétrico seguro e efetivo exige conceber a mulher, o bebê e a família, suas necessidades, na centralidade, quando o reconhecimento dos mesmos enquanto únicos e com direitos é um passo essencial⁽³⁹⁾. Contudo, a impessoalidade na atenção obstétrica ainda é presente⁽²⁸⁾ e esteve representada na experiência das participantes deste estudo. A assistência centrada nas necessidades da mulher efetiva compromissos com o direito à autonomia, ao acesso à informações e participação ativa no processo parturitivo⁽⁴⁰⁾.

A categoria “Modelo com Embarços” traz a discussão da essencialidade do paradigma que sustenta práticas profissionais, pois mesmo inserido em um modelo voltado a humanização e integralidade, a assistência ao parto e nascimento pode ser conduzida de maneira mecanizada, estanque, sem incorporação dos preceitos que sustentam o modelo de atenção. Diante de uma realidade deste porte, as participantes que encontraram profissionais distanciados ideologicamente dos princípios do PPA, clamaram por um atitudinal profissional mais humano e atento a elas, denunciaram o sentimento de estarem sendo coagidas a escolher o parto normal ou de estarem desassistidas. Assim, investimentos de formação continuada precisam incorporar discussões de valores e paradigmas, para além de treinamentos técnicos ou de transmissão de modelos. O modelo precisa alcançar um real espaço na pessoa de cada profissional para então, naturalmente, ser expresso em sua prática de atenção.

Limitações do estudo

O estudo teve o limite de tomar uma realidade de PPA específica, ter obtido os dados em encontro único no pós-parto, quando a mulher está envolta de questões típicas a esta fase. Porém, trouxe representações relevantes à discussão acerca de modelos de atenção obstétricas, com destaque às relações estabelecidas entre profissionais e mulher e movimentado nelas. Traçar direcionamentos, diretrizes, protocolos para uma atenção obstétrica mais humana e integral é essencial, mas não de suficiência para transformar o cenário das práticas.

Contribuições para a área de enfermagem

A enfermagem esteve pouco tratada nas representações apresentadas pelas participantes, o que traz a indagação acerca do lugar que vem ocupando e/ou podendo ocupar na atenção obstétrica, inclusive naquela estruturada em modelos que tencionam o modelo hegemônico vigente. Será que estão imbuídas a compromissar-se e efetivamente transformar modelos de atenção obstétrica? Por que ainda persistem atuação do enfermeiro em direções contrárias às recomendações e evidências científicas⁽⁴¹⁾? Uma possibilidade de adensar as discussões acerca do enfermeiro e seu alinhamento e luta por transformações de modelos de atenção obstétrica é debruçar-se sobre a experiência de enfermeiros em instituições signatárias do PPA. A enfermagem, em especial o enfermeiro, precisa assumir de forma mais enfática a luta por novos modelos de atenção ao parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É premente apostar em modelos de atenção obstétrica que ampliem satisfação e saúde às mulheres e suas famílias, assim como diminuam chances de eventos adversos e uso de tecnologias desnecessárias. Naturalizar modelos de respeito e dignificação da mulher, criança e família é desafio, para não ser tratado como exceção, surpresa vivenciar uma atenção humana, digna e justa, como ocorreu neste estudo.

A representação da mulher enquanto capaz e empoderada para gestar e parir precisa ser (re)construída nas relações sociais, sobretudo naquelas que permeiam o trabalho de parto e parto. Nessa direção, os próprios profissionais precisam acreditar nela para serem um diferencial, do contrário, mesmo em instituições signatárias de modelos inovadores a atenção não efetivará os preceitos que sustentam os mesmos. Do contrário, embaraços relacionados com as práticas seguirão a acontecer, contribuindo para representações como a desassistência em contraponto à satisfação almejada.

Os atributos que determinaram representação positiva da atenção recebida estiveram conectados sobretudo ao apoio informacional e esforços de acolhimento. Eles estiveram dependentes da presença e comunicação efetiva e sensível do profissional. Desse modo, um caminho é de apostar em processos dialógicos de educação continuada em serviço com foco nos paradigmas que sustentam as práticas profissionais. Fomentar criticidade acerca de alcances e limites de cada modelo de atenção obstétrica e a necessidade das tomadas de decisão profissional estarem alinhadas e compromissadas com a humanização, direitos, o não dano e a não violência.

Os sujeitos sociais é que edificam representações sociais alinhadas com apontamentos de evidências científicas, documentos, programas e políticas orientadoras de uma atenção obstétrica humana, digna, justa e segura. A luta por mudanças nas representações sociais é urgente, do contrário outros muitos anos passarão e seguiremos imersos em cultura social e institucional que desvalorizam a essência do processo de gestar, parir e nascer.

Enfermeiros são apontados enquanto grandes ativistas neste contexto, porém não estiveram destacados nas representatividades das participantes deste estudo. Desse modo, clamamos que mencionem sua categoria profissional nas interações com as mulheres e suas famílias, que se empoderem e lutem efetivamente em prol da transformação da atenção obstétrica, com contribuições com a promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS:

1. Sousa RP de, Sousa AM de, Bezerra YCP, Neves FP de B, Oliveira GF de. A Desinstitucionalização do Parto: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Id Line Rev Mult Psic V* [Internet]. 2016;12(39):2018–1981. ISSN 1981-1179.
2. Macedo LP, Fabbro MRC, Bussadori JC de C, Ferreira GI. Diálogo com equipes de Saúde da Família sobre parto no pré-natal: uma investigação comunicativa. *Aquichan* [Internet]. 2017;17(4):413–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.5>.
3. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013;18(4):1059–68. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>
4. Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1228-36. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
5. Leão MR de C, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013;18(8):2395–400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
6. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal: Revista de Psicologia* [Internet]. Rio de Janeiro; 2013;25(3):585–602. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011>.
7. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto e Context Enferm*. 2016;25(1):1–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
8. Cavaler CM, Castro A, Figueiredo RC, Araújo TN. Representações Sociais do Parto para Mulheres. *Id on Line Rev Mult Psic* [Internet]. 2018;12(41):977–90. ISSN: 1981-1179.
9. Brasil. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília : Ministério da Saúde. Brasília; 2017. [cited 2018 Oct 3] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

10. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: Cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. 2015;25(3):885–904. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>
11. HMSI. Hospital Municipal Santa Isabel . Projeto Melhor Parto – Nascer em Jaboticabal. Portifólio. In Jaboticabal - SP; 2016. p. 35.
12. ANS. Projeto Parto Adequado [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2018 [cited 2018 Oct 3]. Available from: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>
13. de Castro CM, Narchi NZ, Lopes GA, Macedo CM, Souza AC. Entre o ideal e o possível: Experiências iniciais das obstetrias no sistema Único de Saúde de São Paulo. *Saude e Soc*. 2017;26(1):312–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017162237>.
14. OMS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Genebra; 1996. 1996.
15. Brasil. HumanizaSUS. Ministério da Saúde. Brasília. 2004;1–19.
16. Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS : ancorar um navio no espaço. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2017;21(60):13–22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>.
17. HMSI. Hospital Municipal Santa Isabel. Projeto Melhor Parto – Relatório Mensal: dezembro.2017.
18. Silva SÉD da, Camargo BV, Padilha MI. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(5):947–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>.
19. Segal RA. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*. Porto Alegre; 2000;128–33. [cited 2018 Jul 3] Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/anos90/article/download/6719/4026>
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349–57. [cited 2018 Dez 28] Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>.
21. BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET)- Sistema de Informações dos nascidos Vivos (SINASC): Jaboticabal-SP 2016 [Internet]. [cited 2018 Jul 3]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde : contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro; 2008 Jan;24(1):17–27. [cited 2018 Dez 28]. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100003&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles
23. LOUBÈRE, L.; RATINAUD P. Manual Iramuteq versão 0.1. Trad. de Baltazar Fernandes. [Internet]. Vol. 1. 2014 [cited 2018 Oct 4]. p. 1–35. Available from: https://www.academia.edu/9312034/Manual_Iramuteq
24. Bardin L. Análise de conteúdo. 70 E, editor. São Paulo: Edições 70; 2011.
25. Camargo B V., Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Univ Fed St Catarina. 2013;1–18. [cited 2018 Oct 4]. p. 1–35. Available from: www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais
26. Salviati ME. Manual do Aplicativo Iramuteq. UNB - Univ Nac Bras. 2017;93p.
27. Nascimento ARA do, Menandro PRM. Reações de menino : a memória saudosa da infância na música popular brasileira. *Memorandum 9*. Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP; 2005;9–27. [cited 2018 Oct 4]. p. 1–35. Available from: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a09/nascimenan02.pdf>

28. Santos FAPS dos, Enders BC, Pereira VE, Santos, Dândara Nayara Azevêdo Dantas LSMV de M. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016;20(4):1–5. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160094>
29. Martins A de C, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor* [Internet]. 2016;17(3):215–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>.
30. Velho MB, Santos EKA dos, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2014;67(2):282–9. DOI: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140038>
31. Montoya DIG, Mazuelo EMG, López CPH. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av en Enfermería* [Internet]. 2015;33(2):271–81. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
32. Boryri T, Noori N, Teimouri A, Yaghobinia F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2016;21(3):239. DOI: <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180386>
33. Jardim MJA, Silva AA, Fonseca LMB. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* (Online), 2018. Available from: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1439>
34. ANS. Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde. Projeto Parto Adequado - Fase 1 [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS. 2016. 1-49 p. [cited 2018 Oct 4] Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf
35. Pereira R da R, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das Gestantes sobre a Parturição: Protagonismo das mulheres. *Saude e Sociedade*.2011;20(3):579–89. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>
36. Velho MB, Santos EKA dos, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014;67(2):282–9. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>.
37. Souza MG De, Oliveira CA De, Justi J. Puerpério e Atenção À Saúde: Percepção De Mulheres Assistidas Pelo Sistema Único De Saúde. *Rev Saúde e Desenvol*. 2017;11(11):11. [cited 2018 Oct 4] Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/692/400>
38. Baldisserotto ML, Miranda M, Filha T, Granado S. Good practices according to WHO ' s recommendation for normal labor and birth and women ' s assessment of the care received : the “ birth in Brazil ” national research study , 2011 / 2012. *Reproductive Health* [Internet]. *Reproductive Health*; 2016;13(Suppl 3):6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x>
39. WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva; 2018. 200 p. [cited 2018 Dez 28] Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
40. Silva ALS, Nascimento ER do, Coelho E de AC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015;19(3):424–31. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>

41. Melo BM de, Gomes LF de S, Henriques ACPT, Lima SKM de, Damasceno AK de C. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. Rev Rene [Internet]. 2017;18(3):376–82. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300013>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do quanto exposto, este estudo possibilitou dar visibilidade à problemática do cenário de nascimento atual. O parto e nascimento, marco no desenvolvimento humano, é um processo fisiológico que pode ser realizado sem complicações para a maioria das mulheres e dos bebês. No entanto, identificou-se que o imposto e sustentado nas últimas décadas pela sociedade – a partir de visões histórico-sociais e culturais acerca do processo de nascimento – ainda confere uma visão de um corpo feminino incompetente, inadequado e inapto para parir.

A representação da mulher enquanto capaz e empoderada para gestar e parir precisa ser (re)construída nas relações sociais, sobretudo naquelas que permeiam o trabalho de parto e parto. Nessa direção, os próprios profissionais precisam acreditar nela para serem um diferencial e, mesmo em instituições signatárias de modelos inovadores, a atenção não efetivará os preceitos que sustentam os mesmos. Do contrário, embaraços relacionados às práticas outrossim acontecerão, contribuindo para representações como a desassistência em contraponto à satisfação almejada.

Os cuidados com a saúde e a forma como os profissionais de saúde relacionam-se com os usuários vêm mudando nas últimas décadas. A automação de procedimentos e a precisão de diagnósticos trouxeram inúmeros benefícios indiretos e diretos aos pacientes e aos profissionais, a exemplo da área da obstetrícia, que permitiram que mulheres inférteis realizem seus sonhos de engravidar, que gestações de alto risco sejam assistidas com sucesso e que o parto cirúrgico possa intervir em processos sem desfechos fisiológicos.

No entanto, nas últimas décadas, o avanço da tecnologia e seu poder de persuasão vêm sendo utilizados de forma inadequada e exacerbada e, dessa forma, o parto e o nascimento passaram a ser eventos inseguros e patológicos, prevalecendo como ideal a cesariana ou os partos banhados de práticas intervencionistas e iatrogênicas com intuito de acelerar e otimizar o nascimento, muito frequentemente não baseadas em evidências científicas.

Todo esse conjunto de iatrogênica na assistência ao parto e ao nascimento vem expondo a mulher e o recém-nascido a situações de vulnerabilidade e a um atendimento desrespeitoso.

A cultura de prestígio à figura médica estreita o relacionamento médico-paciente, se tornando um relacionamento de posse, deteriorando a reputação da equipe de plantonistas, marginalizada na sociedade como uma má assistência. É nítida na nuvem de palavras, a frequência expressa pelas participantes, o quanto a figura médica era presente nos seus relatos.

É preciso considerar que, para uma quebra satisfatória desse paradigma, as relações sociais entre a figura médica-plantonista e o paciente seja estreitada. Uma maneira seria, através dos registros da instituição extrair e analisar dados suficientes para que suas particularidades sejam compreendidas e atendidas por todos os profissionais (médicos e não médicos), garantindo, assim, que tenha uma interação efetiva e uma mudança na representação na vida do sujeito.

Assim, a luta por mudanças nas representações sociais é urgente. Do contrário, essas mesmas práticas permanecerão por muitos outros anos imersas e fundamentadas em culturas sociais e institucionais que desvalorizam a essência do processo de gestar, parir e nascer. Nessa perspectiva, a transformação deve caminhar na direção de um cuidado respeitoso, contínuo, baseado nas melhores evidências e que cada vez mais torne amigo da mulher e da criança.

Para isso, buscando alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – em parceria com a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança e a partir de financiamentos inovadores e sustentáveis – convocou-se o mundo para a um empenho para a eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030.

Nessa direção, o PPA é uma iniciativa inovadora que visa a agregar valores à satisfação individual da mulher e oferecer um aporte de informações, respeitando a sua tomada de decisão pela via de parto. No entanto, a sua implementação demanda outros pilares necessários ao seu sucesso, sendo seu principal desafio desenraizar as representações sociais de um modelo de atendimento tecnocrático e medicalizado vivenciados pelo grupo e, a partir de uma ruptura epistemológica, ancorar-se ao novo.

Considerando que a autonomia de enfermeiros obstetras e obstetras é indicada como estratégia para reduzir os índices de intervenções desnecessárias, um dos pilares a ser revisto pelo PPA seria a garantia de um cuidado multiprofissional, cada vez mais descentralizado do poder médico e de maneira que os partos de risco habitual sejam assistidos pelas enfermeiras obstetras e obstetras, fato não observado neste estudo.

Outra reflexão acerca desse modelo concerne à necessidade de mudança na forma de se manter a continuidade do projeto, ou seja, um componente de acompanhamento da assistência recomendada. Ademais, diante desse cenário devem ser aproveitados os elementos potencializadores que garantem a satisfação da mulher como, por exemplo, o pré-natal hospitalar, relatado pela maioria das mulheres deste estudo, de forma ampliada para uma equipe multiprofissional.

Como no cuidado ao parto e ao nascimento, a presença de enfermeiros, enfermeiros

obstetras e obstetrites no pré-natal podem suprir, por início, as lacunas advindas da rede de saúde, fornecendo informações e condições de acolhimento para a família, em tempo hábil, para que as concepções de uma representatividade social a respeito do parto e do nascimento se desconstruam antes de se passar por esse momento singular.

Outras intervenções educacionais para mulheres e para as famílias seriam pontos importantes a serem incentivados, com o objetivo de se apoiar em um diálogo para a tomada de decisão consciente. As oficinas de apoio para parentalidade com temas variados e recorrentes, grupos de relaxamento, acompanhamento psicológico para casais e/ou psicoeducação para o empoderamento das mulheres no parto provavelmente potencializariam uma experiência mais satisfatória.

É premente ainda que as iniciativas estimulem e cobrem por modelos de atenção obstétrica que garantam a continuidade do cuidado, bem como respeitem e dignifiquem a mulher, a criança e a família, de forma que se sintam seguros, confortáveis e que tenham uma experiência positiva de parto, superando, assim, expectativas preconcebidas historicamente.

De forma global, o presente estudo promoveu reflexões e tem potencialidade para estimular tanto governantes, quanto profissionais de saúde a buscarem inovações que se alicercem em um cuidado pautado na humanização do parto e do nascimento, no protagonismo feminino e na proteção de direitos humanos.

Contudo, destaca-se como limitação do estudo o fato de ser realizado em um local e com uma população específicos, além da dificuldade de se resgatar o contato com as puérperas que estão inundadas pelas modificações e *stress* do puerpério.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. P.; MIYAZAKI, C. M. A.; CORDEIRO, S. N. Percepção das mulheres sobre assistência e vivência do parto. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 12., Lisboa, 2018. **Anais...** Lisboa: ISPA – Instituto Universitário PERCEPÇÃO, 2018. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6244/1/12CongNacSaude_713.pdf. Acesso em: 3 out. 2018.

ANS. **Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**. Projeto Parto Adequado - Fase 1. Rio de Janeiro: ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil), 2016.

ANS. **Projeto Parto Adequado**. *Website*. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>. Acesso em: 3 out. 2018.

BALDISSEROTTO, M. L. **Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido**. 2015. 111 f. Dissertação (Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2015.

BARBOSA, L. D. C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 188-205, 2017.

BARDIN L. **L'Analyse de contenu**. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

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

BOGORNÍ, L.; SEHNEM, G. D. A evolução das políticas públicas voltadas à saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 3, n. 1, 2011.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Website. 2018. **Informações de saúde (TABNET) - Sistema de Informações dos nascidos Vivos (SINASC)**: Jaboticabal-SP. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>. Acesso em: 3 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 2005. Seção 1, p. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**: versão resumida. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 3 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS**, p. 5-465, 2014.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

CAMARGO, B. C. Estratégias de pesquisa pluri-metodológicas. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual Iramuteq**. Florianópolis: UFSC, 2013.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil : evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVALIERE, M. L. A.; SOUZA, J. M. A.; BARBOSA, J. S. O. Representações da relação entre exercício físico e saúde por pacientes fibromiálgicos. **Physis [online]**, v. 20, n. 4, p. 1325-1339, 2010.

CHACHAM, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A.M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 420-451.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Porto Alegre: Artemed, 2010. 296 p.

DE CASTRO, C. M. et al. Entre o ideal e o possível: Experiências iniciais das obstetrias no sistema Único de Saúde de São Paulo. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 312-323, 2017.

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M. T. A. (Ed.). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. p. 45-70.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 253-259, mar. 2016.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 94-101, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014. Suplemento 1.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V. Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. **Enferm. foco (Brasília)**, v. 3, n. 2, p. 75-80, 2012.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Rev Bras Epidemiol [Internet]**, v. 19, n. 1, p. 75-88, 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FREITAS, F. D. DA S.; FERREIRA, M. A. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 282-289, 2016.

GAÍVA, M. A. M.; PALMEIRA, E. W. M.; MUFATO, L. F. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

HMSI. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL. **Projeto Melhor Parto – Nascer em Jaboticabal**. Website. 2012. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1wOOIXTfO58KXaOmYDzRA7m2G0kyRodFb/view>. Acesso em: 3 out. 2018.

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

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al. Mother-baby friendly birthing facilities. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 128, n. 2, p. 95-99, 2015.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 15, p. 178-185, 2006.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014. Suplemento 1.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S5, 2014.

LEÃO, M. R. C. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 474-480, 2013.

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. **Manual Iramuteq versão 0.1**. FERNANDES, B. (Trad.). *Website*. 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/9312034/Manual_Iramuteq. Acesso em: 3 out. 2018.

MACEDO, L. P. et al. Diálogo com equipes de Saúde da Família sobre parto no pré-natal: uma investigação comunicativa. **Aquichan**, v. 17, n. 4, p. 413-424, 2017.

MAGALHÃES, P. R. **O que é inovação em Saúde Pública?** Salvador: ISC, 2015. p. 56-57.

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

MARIEN, R. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **REBEN**, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, 2016.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 13-22, 2017.

MATTIA, B. J.; KLEBA, M. E.; PRADO, M. L. Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2039-2049, 2018.

MESQUITA, E. et al. Cuidado é fundamental. **Revista Online de Pesquisa**, p. 272-275, 2011.

MOTA, A. Artes de Curar, Medicina e Saúde Pública: um olhar historiográfico latino-americano. **Revista de História (São Paulo)**, n. 176, p. 1-8, 2017.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: Cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 885-904, 2015.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 27, n. 3, p. 415-432, 2017.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.

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. 96 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

NUNES, L. C. Implantação da política nacional de humanização (pnh): conquistas e desafios para a assistência em saúde. **GEP NEWS**, v. 1, n. 1, p. 2-7, 2018.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 180-186, 2004.

OLIVEIRA, V. M.; BACHION, M. M. Risco para paternidade ou maternidade prejudicada em famílias em situação de risco da região leste de Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 159-172, 2005.

OMS. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Genebra: OMS, 1996.

ONU. Every Women Every Child. **Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)**: Sobreviver, Prosperar, Transformar. *Website*. 2016. Disponível em: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf. Acesso em: 3 out. 2018. p. 108.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das Gestantes sobre a Parturição: Protagonismo das mulheres. **Saude e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 585-602, 2013.

QUENTAL, L. L. C. et al. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 5370-81, 2017. Suplemento 12.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.

SÁ, C. P. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas em Psicol.**, v. 4, n. 3, p. 19-33, 1996.

SAFE MOTHERHOOD. **The safe motherhood initiative**. *Website*. 2004. Disponível em: <http://safemotherhood.org>. Acesso em: 2 dez. 2018.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. Brasília: UnB, 2017. 93 p.

SANFELICE, C. F. O. **Representações sociais sobre o parto domiciliar**. 2016. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Social representations on home birth. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 606-613, 2015.

SANT'ANNA, H. C. openEvoc: Um programa de apoio a pesquisa em representacoes sociais. **VII Encontro Regional da ABRAPSO - Regional Espírito Santo**, p. 94-103, 2012.

SANTOS, J. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., São Luís, 2005. **Anais...** Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf. Acesso em: 3 out. 2018.

SCHUCH, D. S. et al. O uso de instrumentos teórico metodológicos da representação social na pesquisa em educação ambiental. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 12., Itajaí, 2015. **Anais...** Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17924_8218.pdf. Acesso em: 3 out. 2018.

SEGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, p. 128-133, 2000.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, A. L. S. et al. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 1, p. 40-51, 2014.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.

SOUSA, R. P. et al. A Desinstitucionalização do Parto: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic. V**, v. 12, n. 39, p. 2018-1981, 2016.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

SOUZA, M. G.; OLIVEIRA, C. A.; JUSTI, J. Puerpério e Atenção À Saúde: Percepção de Mulheres Assistidas pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 11, p. 11, 2017.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 399-410, 2018.

TRINDADE, D.; SPINIELLI, M. A.; MOREIRA, B. Modelos da Comunicação no Processo de Humanização do Parto e Nascimento em uma Maternidade de Mato Grosso. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 44-53, 2018.

WHO. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.**

Website. 2018. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=FD9EBBBFFD2674C233B327F39FBCAC45?sequence=1)

[eng.pdf;jsessionid=FD9EBBBFFD2674C233B327F39FBCAC45?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=FD9EBBBFFD2674C233B327F39FBCAC45?sequence=1) . Acesso em: 3 out. 2018.

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Expectativas das mulheres e experiências de parto em uma Maternidade signatária do Projeto Parto Adequado

Pesquisador: LUARA DE CARVALHO BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79727617.9.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.409.121

Apresentação do Projeto:

Objetivo: Compreender a influência do Projeto Parto Adequado na experiência do parto para as mulheres. **Métodos:** trata-se de um estudo de caso, exploratório-descritivo, de enfoque misto, que será realizado com gestantes e puérperas em uma maternidade do interior de São Paulo. Aplicaremos na primeira etapa com as gestantes uma Técnica de Evocação Livre de Palavras com o termo indutor "parto normal" e na segunda etapa que será realizada com as puérperas uma entrevista semi aberta com a colocação disparadora da entrevista será: "Conte-me como foi o nascimento de seu(a) filho(a)". Espera-se com os resultados deste estudo, que se caracterize o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres, bem como identifique-se os fatores que influenciaram a escolha da via de parto e a experiência vivenciada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a influência do Projeto Parto Adequado na experiência do parto para as mulheres.

Objetivo Secundário:

1. Identificar a expectativa das gestantes sobre parto normal quando chegam no Projeto Parto Adequado;
2. Identificar como os fatores relacionados ao Projeto Parto Adequado influenciaram a experiência vivenciada pelas mulheres no parto;
3. Explorar e comparar, a luz da humanização do parto, boas práticas e evidências científicas, os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.409.121

fatores referidos pelas mulheres e detectar as lacunas existentes neste modelo de assistência em transição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apresentados e os benefícios suplantam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto abrange elementos suficientes para sua avaliação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados adequadamente: projeto de pesquisa, folha de rosto, TCLE e autorização do campo de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

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_1009971.pdf	20/10/2017 22:47:38		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/10/2017 21:49:35	LUARA DE CARVALHO BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mestrado_Luara_CEP_1.pdf	20/10/2017 21:47:33	LUARA DE CARVALHO BARBOSA	Aceito
Outros	CartaHospital.pdf	05/10/2017 16:13:03	LUARA DE CARVALHO BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2017 15:38:52	LUARA DE CARVALHO BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.409.121

SAO CARLOS, 01 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa sob o título “Expectativas das mulheres e experiências de parto em uma Maternidade signatária do Projeto Parto Adequado” desenvolvido como atividade de minha tese de Mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Você foi selecionada por ser gestante participante do pré-natal do Hospital e Maternidade Santa Isabel de Jaboticabal - SP, contudo sua participação não é obrigatória. O objetivo deste estudo é compreender como Projeto Parto Adequado contribui para a percepção do Parto Normal para as mulheres e sua participação nesta pesquisa consiste em participar em um primeiro momento a participação de um teste de Evocação Livre de Palavras e o preenchimento de um instrumento com dados demográficos. Após o nascimento do seu (sua) filho (a), faremos um contato prévio para saber se deseja participar da segunda etapa da pesquisa, em um dia e horário pactuados com você, cerca de 15 dias após o parto. Neste encontro, faremos uma conversa sobre a sua vivência no processo de nascimento do seu (sua) filho (a), cabe ressaltar que participando da primeira etapa você não precisa obrigatoriamente participar da segunda.

Sua participação não vai lhe trazer nenhum benefício direto, mas será útil no processo de reflexão em melhorias aos avanços na área da saúde relacionadas à atenção oferecida à mulher e os riscos que são o de emocional e psíquico, relacionados ao tempo de exaustão durante a entrevista e desconforto relacionado a lembranças diretas sobre o momento do parto.

As vozes serão gravadas para ajudar na compreensão dos dados, porém são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim e à minha orientadora. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A participação no estudo não acarretará em gastos para você, nem qualquer tipo de pagamento

Acrescenta-se ainda que, em caso de dano decorrente de participação na pesquisa, você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país. Você receberá uma cópia assinada e rubricada deste termo, que contém dados para contato com a pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Adiciono que os resultados poderão vir a ser divulgados em eventos científicos e publicações científicas, ressaltando que a forma de divulgação não possibilitará sua identificação.

Assinatura da pesquisadora

<p>Luara de Carvalho Barbosa</p> <p>Rodovia Washington Luís, Km 235. Departamento de Enfermagem, Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos – SP</p> <p>Fone: (016) 99625-7453</p> <p>E-mail: luara.obstetricia@hotmail.com</p>

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br. Sei também que posso desistir de integrar o estudo a qualquer momento sem ônus disso e que para tanto devo contatar a pesquisadora principal Luara de Carvalho Barbosa.

Local e data _____, ____ de _____ 201__.

Assinatura do Sujeito

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – caracterização sociodemográficas e obstétricas das mulheres

Data: ____/____/____	Formulário n° _____
A. Características sociodemográficas	
Iniciais do nome da entrevistada _____ 1. Idade: _____ anos completos 2. Cor autorreferida: 1. Branca () 2. Negra () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Vermelha () 3. Escolaridade: _____ (Completar com número referente ao grau do curso (Ex.: 1º grau, 2º grau etc.) e com o último ano completo (Ex.: 7ª série do 1º grau, completar com 1.7). 4. Parou de estudar por causa da gravidez? 1. Sim () 2. Não () 5. Religião que pratica: 1. Não pratica () 2. Católica () 3. Evangélica () 4. Espírita () 5. Outra () _____ 6. Ocupação: 1. realiza trabalho remunerado fora do lar () 2. não realiza trabalho remunerado fora do lar () 7. Estado marital: 1. Solteira () 2. Casada () 3. Amasiada () 4. Divorciada/Separada () 8. Situação de moradia: 1. Própria () 2. Alugada () 3. Emprestada () 4. Outra () _____ 9. Renda familiar: _____ salários mínimos (1 SM = R\$937,00)	
B. Características obstétricas	
10. N° de gestações: _____ N° de partos: _____ N° de abortos: _____ 11. Número de filhos vivos: _____ 12. Gestação referida: 1. planejada () 2. não planejada () 13. Idade gestacional do início do pré-natal: _____ 14. Número de consultas de pré-natal: _____ 15. Intercorrências na gestação referida: 1. sim () 2. não (). Se sim, qual? _____ 16. Intercorrências nas outras gestações: 1. sim () 2. não (). Se sim, qual? _____ 17. Teve algum trauma em outra gestação? 1. sim () 2. não (). Se sim, qual? _____ 18. Teve algum trauma nos outros partos? 1. sim () 2. não (). Se sim, qual? _____	

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C – Análises de semelhança de significado

Palavra Citada	Ajuste
Recuperação rápida Recuperação melhor Pós-parto com bebe e mais fácil Recuperação ótima Boa recuperação	Recuperação
Não sofreu Interessante	Bom
Bom para o bebe Saber o momento que ele quer nascer Benefício para a criança	Benefício para a criança
Bom para mãe e criança	Saudável mãe e bebe
Dolorido Doloroso Dor é terrível Sem dor não tem bebe Sem dor não tem como	Dor
Dor momentânea Dor só na hora Depois que bebe nasce esquece da do Tudo passou, não foi nada	Dor momentânea
Medo de não dilatar Medo do desconhecido Medo do corte Medo de não conseguir	Medo
Difícil Desconfortável Dificuldade	Difícil
Olhar para o filho e ver que valeu a pena Felicidade na hora que bebe nasce Gratificante	Satisfação
Alívio ao nascer Alívio	Alívio
Melhor que cesárea Muitas vantagens Melhor É o melhor	Melhor escolha
Momento maravilhoso Maravilhoso Momento único Perfeito Prazeroso Ótimo Inesquecível Lindo Emocionante Bonito Excelente Presente Felicidade Especial Emoção	Maravilhoso

Não pensei Não sei se vou conseguir controla Muitos falam que é bom Receio Receio por não conhecer a maternidade Curiosidade Insegurança	Dúvida
Mais natural Lei da vida Espontâneo Humano	Mais natural
Fácil lidar Facilidade Pratico Mais prático Tranquilo Rápido	Facilidade
Amor Carinho Contato direto com o bebe Felicidade na hora que o bebe nasce Vida vínculo	Amor
Menos riscos de infecção Menos riscos Sem riscos igual a cesárea Seguro	Menos riscos
Vou ter de novo Quero normal Queria que fosse tranquilo Experiência que queria ter vivido Prefiro	Desejos
Tenho que enfrentar Acredita ser necessário Força Capacidade	Necessário
Preocupação Emocional Tempo	Ansiedade
Novidade Expectativa Espera Paciência	Expectativa
Sem provocar Não forçar Se há condições de saúde para todos Desejo da mulher	Não forçar
Todos duvidam de mim Dizem que sou louca	Dizem que sou louca
Amamentação Aleitamento Materno	Aleitamento Materno

Pânico Desespero Choro Nervosismo Sofrimento Trauma Sofrido Vontade de gritar Horrível Nervoso Assustador	Sofrimento
---	------------

Fonte: Dados das pesquisadas.