

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

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO E EXPERIÊNCIA POSITIVA:
EXPERIÊNCIA DE MULHERES

SÃO CARLOS - SP
2023

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

Julia Baldi Vieira

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO E EXPERIÊNCIA POSITIVA:
EXPERIÊNCIA DE MULHERES

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

Orientadora: Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori

SÃO CARLOS – SP

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Julia Baldi Vieira, realizada em 27/11/2023.

Comissão Julgadora:

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

Profa. Dra. Monika Wernet (UFSCar)

Profa. Dra. Cláudia de Azevedo Aguiar (UFTM)

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

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres.

Àqueles que participaram deste estudo, àqueles que desde o início do meu caminho na enfermagem me inspiraram a trabalhar na construção de um cuidado em saúde digno e transformador, àqueles que de maneira mais próxima me orientaram, auxiliaram e conduziram no caminho da pesquisa.

A todas as mulheres, que diariamente trabalham, estudam, lutam, criam, e se dedicam a formar e transformar a realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa Dra Jamile Bussadori, que me acolheu, ensinou, orientou e muito me oportunizou crescer neste processo de pesquisa. Agradeço à minha co-orientadora, Profa Dra Monika Wernet, que trouxe olhares sensíveis e oportunidades de melhoria e qualificação deste trabalho. Agradeço à Profa Dra Cláudia, que contribuiu enormemente para a qualificação deste trabalho em sua arguição realizada no Exame de Qualificação. Agradeço as então alunas de graduação em Enfermagem Natália e Patrícia pelo companheirismo e parceria no desenvolvimento das entrevistas.

Agradeço à todas as mulheres que dispuseram de seu tempo e intimidade e forneceram seus relatos sobre o cuidado que receberam em um momento tão único de suas vidas quanto a gestação, o parto e o puerpério.

Agradeço à minha família, que desde pequena me incentivou a seguir o sonho de ser Enfermeira, atividade que hoje me completa e me faz feliz, e sempre acreditou em meu potencial. Agradeço também a todos os bebês, crianças, mulheres e famílias de quem tive a honra de cuidar enquanto enfermeira, vocês certamente são a minha inspiração.

Agradeço à Franciélle, minha noiva, companheira de vida, e que muito me ajudou e incentivou nos momentos de cansaço e nas dificuldades enfrentadas neste período.

Agradeço à minha coordenadora assistencial, que sempre disponibilizou e facilitou horários entre os plantões para que eu pudesse realizar disciplinas e outras atividades da pós-graduação.

Sem a participação, auxílio e amparo de todas, eu certamente não teria chegado até aqui.

Gratidão

Caminho trilhado até aqui ...

Iniciei meu caminho na Enfermagem em 2013, quando ingressei no curso Bacharel em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos, com o sonho de atuar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

No decorrer do curso, fui apresentada para a Saúde Materno-Infantil, em aulas e vivências práticas apaixonantes. Inclusive, realizei meu Estágio Curricular Supervisionado na Maternidade da cidade de São Carlos, que me despertou para o anseio em ser uma agente de mudança para o modelo de assistência ao parto e nascimento das mulheres brasileiras.

Quando me formei, o desejo de ser uma enfermeira de Maternidade se concretizou, no entanto, fui contratada para trabalhar com recém-nascidos em uma UCIN, e não com as mulheres gestantes e parturientes como uma havia idealizado. O que inicialmente foi insegurança, logo se tornou uma grande paixão por cuidar daquelas novas vidas, recém iniciadas e já vivenciando tantos desafios. Ali vi uma nova oportunidade de me tornar também agente de transformação na assistência a bebês, mulheres e famílias, e me confrontei com novos e diversos desafios, hoje atuo como enfermeira assistencial em UTI Neonatal e Pediátrica.

Cinco anos após a conclusão da graduação, procurei a Prof^a Monika Wernet, que já havia me orientado em Iniciação Científica na área de Saúde Materno-Infantil, e a Prof^a Jamile Bussadori, e em meio a muito acolhimento e conversas com ambas, decidimos pela orientação da Prof^a Jamile, e coorientação da Prof^a Monika, em um processo de troca, aprendizado e dedicação de todas as partes. Juntas, construímos um projeto com o olhar voltado à experiência de gestação, parto e puerpério das mulheres, considerando o contexto mundial da pandemia pela COVID-19, e contamos com a participação das alunas de graduação Natália Godoy e Patrícia Casale.

RESUMO

A experiência positiva de gestação, parto e puerpério é um importante desfecho perinatal reconhecido pela Organização Mundial da Saúde, é influenciada por crenças, expectativas e pelo cuidado profissional recebido. A pandemia pela COVID-19 potencializou vulnerabilidades da assistência à saúde perinatal no Brasil e intensificou os desafios enfrentados. O objetivo deste trabalho é entender a percepção das mulheres em relação a assistência recebida no período perinatal tendo como contexto histórico a pandemia pela COVID-19. A captação das participantes se deu através de convite nas mídias sociais dos projetos maiores dos quais este trabalho faz parte, “Nascer e COVID” e “Grupo de apoio a gestação, parto, amamentação e maternagem saudáveis”. A obtenção dos dados se deu através de entrevistas individuais semiestruturadas, em plataforma on-line, e a análise das narrativas utilizou a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin. Dos resultados emergiram três categorias temáticas: “Promoção da autonomia”; “Negativas à autonomia” e “Apoio social: partilha e acolhimento”. Os resultados sugerem que ao longo da assistência à saúde perinatal as mulheres desenvolvem um projeto de gestação, parto e nascimento através do desenvolvimento da autonomia e valorizam a assistência centrada em suas necessidades. Paralelamente encontram profissionais que oferecem negativas e cerceiam sua autonomia, assim se sentem fragilizadas e insatisfeitas com o cuidado. Diante disso, buscam complementaridades de cuidado orientados pela construção da autonomia e vivência do seu projeto. A rede de apoio composta principalmente pelo companheiro conjugal e grupos de gestantes oferece partilha e acolhimento nas adversidades. A necessidade de desenvolver e exercer autonomia para o alcançar e viver experiências positivas foi evidenciado.

Descritores: Saúde Materno-Infantil. Assistência Perinatal. Assistência Centrada no Paciente. Autonomia Pessoal.

ABSTRACT

The positive experience of pregnancy, childbirth and postpartum is an important perinatal outcome recognized by the World Health Organization, influenced by beliefs, expectations and received care. The COVID-19 pandemic has increased vulnerabilities for perinatal care in Brazil and intensified the challenges that were faced. The objective of this work is to elucidate the perception of women regarding the assistance received in perinatal period, in context of the COVID-19 pandemic. The participants were recruited through an invitation on the social media of the larger projects of which this work is part, “Nascer e COVID” and “Grupo de apoio a gestação, parto, amamentação e maternagem saudáveis”. Data were obtained through semi-structured individual interviews, on an online platform, and narrative analysis used Bardin's Content Analysis methodology. Three thematic categories emerged from the results: “Autonomy support”; “Negatives to autonomy” and “Social support: sharing and acceptance”. The results suggest that throughout perinatal care, women develop a project for pregnancy, labor and birth through the development of autonomy and value assistance centered on their needs. At the same time, they encounter professionals who offer denials and restrict their autonomy, making them feel fragile and dissatisfied with the care. In view of this, they seek complementary care guided by the construction of autonomy and experience of their project. The support network, mainly made up of marital partners and groups of pregnant women, offers sharing and support in times of adversity. The need of developing and practicing autonomy to reach and live positive experiences was evidenced.

Keywords: Maternal and Child Health. Perinatal Care. Patient-Centered Care. Personal Autonomy

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE PERINATAL NO BRASIL	10
1.2 IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PERINATAL NO BRASIL	12
2. OBJETIVO	14
3. METODOLOGIA.....	15
3.1 BASES CONCEITUAIS	16
3.1.1 A EXPERIÊNCIA PERINATAL POSITIVA	16
3.2 PARTICIPANTES.....	18
3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	19
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	21
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSSÃO	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	45
APÊNDICE 1 – CONVITE ON-LINE	51
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
APÊNDICE 3 – CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE	54

1. INTRODUÇÃO

A experiência vivida durante a gestação, parto e puerpério, é marcante e transformadora na vida das mulheres e famílias, e está diretamente relacionada com suas expectativas e crenças, bem como com o cuidado profissional recebido durante este período.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elenca a experiência positiva no pré-natal, parto e puerpério como um importante desfecho de saúde, assim como a redução da morbimortalidade materna e infantil, e a considera um marcador de qualidade da assistência recebida. Assim a considera por ser uma experiência que ultrapassa as expectativas maternas, através de um cuidado individualizado, digno, acolhedor, seguro e baseado em evidências (WHO, 2016, 2018, 2022).

O Brasil vive um cenário de diversos desafios na assistência à saúde perinatal (ASP) e veio buscando, através de políticas públicas, qualificar a assistência e promover melhores desfechos materno-infantis.

Com a pandemia da COVID-19 declarada em 2020, a ASP, que já apresentava fragilidades, viveu diversos novos desafios, expondo um cenário de retrocessos na conquista de práticas adequadas e direitos das mulheres na assistência a esse período, potencializando vulnerabilidades já estabelecidas do sistema. (PANDA *et al.*, 2021; STOFEL *et al.*, 2021).

A seguir apresentaremos pilares importantes da assistência à mulher e recém-nascido.

1.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE PERINATAL NO BRASIL

Nos últimos anos, a razão de mortalidade materna (RMM – óbitos/100.000 nascidos vivos) no Brasil vem caindo, de 143,2 em 1990, para 55,3 em 2019 (BRASIL, 2023a; BRASIL, 2023b). Essa redução se apoia em investimentos em políticas públicas para ampliação da cobertura nacional de assistência ao pré-natal e ao nascimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dados da pesquisa “Nascer no Brasil” apontam que em 2012, 98,7% das mulheres gestantes tiveram acesso ao pré-natal, sendo que 73,6% delas realizaram 6 ou mais consultas (VIELLAS *et al.*, 2014).

No entanto, a mortalidade materna não é o único desfecho negativo para a mulher nesse contexto: a pesquisa Nascer no Brasil avaliou também a incidência do *near miss*¹ materno no

¹ O *near miss* materno foi definido pela WHO como “uma mulher que quase morreu, mas

parto e pós-parto hospitalar no ano de 2012, encontrando 10,2 casos por 1000 nascidos vivos (DIAS *et al.*, 2014).

Além disso, dados sobre a experiência de mulheres em relação à atenção recebida durante a gestação, parto e puerpério são marcados pela falta de apoio, suporte e acolhimento por parte dos profissionais de saúde, e transpassada por relações hierárquicas e práticas muitas vezes violentas. (TOSTES, SEIDL, 2016; JARDIM, SILVA, FONSECA, 2019; AGUIAR, FELICIANO, TANAKA, 2022).

Dados sobre a experiência sugerem que a ampliação no acesso aos serviços de ASP por si só não garante melhores desfechos perinatais. É necessário qualificar a assistência, visando uma atenção integral à saúde das mulheres e famílias (DINIZ, 2018).

Essa qualificação foi proposta no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2011, com a criação da Rede Cegonha, um modelo de assistência humanizada ao pré-natal, parto, nascimento e primeira infância que busca promover a implementação de boas práticas de cuidado ao período perinatal, com alta cobertura pré-natal associada a vinculação da mulher ao serviço de atenção ao parto; atenção ao puerpério e saúde integral da criança até os 2 anos, propondo uma quebra nos paradigmas do modelo vigente de assistência biomédica e intervencionista. (BRASIL, 2011).

Apesar da ocorrência de esforços demonstrados, o Brasil não foi capaz atingir de o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) proposto em 2000 pela ONU, de reduzir a RMM para 35 até 2015, provavelmente não conseguirá atender aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e ainda vive uma realidade com diversos desafios na garantia de direitos das mulheres, bebês e famílias a uma gestação e nascimento saudáveis (BRASIL, 2010; SOUZA, 2015).

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

sobreviveu a uma complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou 42 dias após o término da gravidez” (PATTINSON et al, 2009).

1.2 IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PERINATAL NO BRASIL

A pandemia pela COVID-19, declarada em março de 2020 pela OMS, demonstrou ser importante desafio para a assistência à saúde em todo o mundo, e em relação à assistência à saúde perinatal não foi diferente. Carregando disparidades e dificuldades no atendimento à mulher, o Brasil se destacou com alto índice de mortalidade materna pela doença, com taxa de letalidade aproximada de 14,0% para gestantes e puérperas, número aproximadamente três vezes maior que o restante do mundo. Esse fato está associado principalmente a falhas crônicas do sistema de saúde, exacerbadas pelas barreiras adicionais de acesso implicadas pela pandemia da COVID-19, e aos determinantes sociais da doença, dentre os quais se destaca o racismo estrutural como fator que impacta diretamente na morte de mulheres gestantes e puérperas em decorrência da COVID-19 no Brasil (ALVEZ *et al.*, 2022; AMORIM, 2021; BRASIL, 2020; SANTOS, *et al.*, 2020; TAKEMOTO *et al.*, 2020). Houve um aumento na mortalidade materna geral em decorrência das mortes maternas associadas com a COVID-19, evidenciado pela RMM que era de 55,3 em 2019, e chegou a 113,1 em 2021, (ANDREUCCI, KNOBEL, 2021; BRASIL, 2023a; BRASIL, 2023b).

Nesse contexto, o atendimento perinatal foi reorganizado em torno das novas demandas geradas pela COVID-19, e passou por modificações, como a proposta de realização de teleconsultas, orientações virtuais sobre a gestação, lactação, e contracepção no pós-parto, além da suspensão de grupos presenciais de apoio e em alguns casos até mesmo a suspensão de consultas pré-natais e puerperais (AMORIM, 2021; DOTTERS-KATZ, HUGHES, 2020; BRASIL, 2020).

Reflexo dessa situação se mostra quando em 2020 ocorre importante queda do número de procedimentos pré-natais realizados no SUS, chegando a uma redução de até a 65% (CHISINI, 2021) evidenciando a diminuição da vinculação da mulher à assistência, marcada pela dificuldade no acesso e a potencialização de vulnerabilidades. (AMORIM, 2021; PANDA, 2021; MATVIENKO-SIKAR, MEEDYA, RAVALDI, 2020).

No tocante às boas práticas no atendimento ao parto, a literatura inicialmente apontou para a separação total entre mulher e bebê após o nascimento, privação do contato pele a pele e do aleitamento materno durante a quarentena materna, como preventivas à transmissão da COVID-19, práticas essas que vão em desencontro a um modelo que busca a experiência positiva. (CHEN *et al.*, 2020; DOTTERS-KATZ, HUGHES, 2020).

Apesar disso, documentos e notas orientadoras nacionais e internacionais foram atualizadas, e mesmo diante de controvérsias, retomaram orientações de práticas já estabelecidas, reafirmando benefícios conhecidos de decisões compartilhadas em saúde, apoio emocional contínuo para a mulher e do contato precoce e continuado com o bebê, promovendo a criação de vínculo, autonomia, segurança e experiências mais positivas (STOFEL, 2021; ACOG, 2020; FEBRASGO, 2020; WHO, 2021)

O puerpério vivido no contexto da pandemia trouxe consequências a experiência das mulheres, que enfrentaram também dificuldade no acesso ao cuidado puerperal, apoio à amamentação e suporte em saúde mental, muitas vezes ofertados através de teleconsultas e orientações que não atendem às suas necessidades (PANDA, 2021).

Além de desafiadora para a assistência, a pandemia trouxe consigo um ambiente de medo e riscos à saúde da mulher, com a potencialização de vulnerabilidades racial e de gênero, perda de direitos conquistados pelas mulheres, atrasos e disparidades no atendimento e a prática de violência obstétrica. Isso porque nesse contexto, as relações hierárquicas de poder entre a equipe assistencial e a mulher são ainda mais gritantes, com condutas voltadas à contenção da pandemia muitas vezes questionáveis e com tendência à perpetuação de práticas violentas (AMORIM, 2021; SANTOS *et al.*, 2020; CHERON *et al.*, 2020).

Visto as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde na atenção perinatal, potencializadas em contextos de emergências de saúde, e que a experiência positiva é um importante desfecho do cuidado perinatal, conhecer a experiência das mulheres é fundamental para contribuir com a construção de uma assistência mais segura e qualificada. Embora estudos já tenham sido publicados na direção dos desfechos para gestantes e puérperas, ainda é lacunar o olhar trazido pelas mulheres da realidade assistencial nesse contexto histórico.

2. OBJETIVO

Entender a percepção das mulheres acerca da assistência recebida durante o pré-natal, parto e puerpério, à luz da experiência positiva, no contexto histórico da pandemia pela COVID-19.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, que procurou aprofundar a compreensão acerca da experiência vivenciada pelas mulheres durante a assistência recebida no pré-natal, parto e puerpério, tendo como plano de fundo a pandemia pela COVID-19, sob o olhar da experiência positiva no pré-natal parto e puerpério. Utilizou-se para tal a estratégia de entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas de forma on-line através da plataforma Google Meet, com posterior transcrição e análise através do referencial da Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

O presente estudo foi aninhado a dois estudos maiores, sendo o primeiro estudo intitulado “Inquérito Nascer e COVID”, desenvolvido através de parceria entre a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). O “Inquérito Nascer e COVID” é um estudo de abordagem mista, ou seja, quantitativa e qualitativa, cujo objetivo é identificar o perfil da gestação de mulheres que engravidaram durante a pandemia, avaliar as características das gestantes infectadas pela COVID-19 e seus desfechos, identificar o medo relacionado à infecção e, verificar fatores que influenciaram nas variáveis da infecção pela COVID-19. Além disso, caracterizar qualitativamente a experiência vivenciada por mulheres que gestaram e pariram, e por profissionais da ASP, no contexto da pandemia.

Ainda, o “Inquérito Nascer e COVID”, em novembro de 2020 deu origem a um projeto de extensão que foi desenvolvido em ambiente virtual através dos perfis nas redes sociais Instagram (@nascere.covid) e Facebook (Nascer e COVID), com o objetivo de levar conhecimento científico atualizado e confiável sobre a COVID-19 e gestação, parto e puerpério, em linguagem simples, acessível e ilustrada, através da tradução do conhecimento. As publicações ocorreram de novembro de 2020 a novembro de 2022, e nesse período, foram realizadas postagens abordando atualizações sobre o tema proposto e a disponibilização das referências utilizadas. Mensalmente foram disponibilizadas as estatísticas das redes sociais e um vídeo contendo o resumo dos temas abordados no último mês. Além disso, o perfil divulgou conteúdo referente aos resultados quantitativos obtidos com o “Inquérito Nascer e COVID” e a divulgação dos projetos de pesquisa associados ao “Inquérito Nascer e COVID”. No total, foram realizadas em ambas as redes sociais 234 publicações relacionadas à temática COVID-19 e gestação parto e puerpério.

O segundo estudo, está associado ao Projeto de Extensão intitulado “Grupo de Apoio à gestação, parto, amamentação e maternagem saudáveis” conhecido como “Grupo de gestantes da UFSCar”, teve seu início em 2013 sob a coordenação da Prof.^a Jamile Claro Castro Bussadori e busca promover e estimular a autonomia das mulheres durante o período perinatal. Inicialmente os encontros do grupo aconteciam de forma presencial, e a intencionalidade das reuniões era de fornecer informações, compartilhar conhecimentos, acolher e compartilhar vivências, e promover a autonomia das mulheres e suas parcerias. Em 2020, decorrente do isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19, os encontros passaram a ocorrer de forma virtual, através da plataforma Google Meet, e foi também criado um grupo no aplicativo WhatsApp (@GestParidas_UFSCar), para as mulheres participantes dos encontros semanais interagirem entre si, e com os docentes e discentes participantes do grupo, o objetivo das reuniões manteve-se na modalidade on-line, acrescido de informações e compartilhamentos sobre o cenário da pandemia pela COVID-19.

3.1 BASES CONCEITUAIS

Com a intenção de entender a experiência das mulheres com o cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, no contexto histórico da pandemia pela COVID-19, foram utilizadas como base conceitual para o esforço de compreensão o conceito de experiência positiva no pré-natal, parto e puerpério trazidos pela OMS (WHO, 2016, WHO, 2018, WHO 2022).

3.1.1 A EXPERIÊNCIA PERINATAL POSITIVA

A ASP tem como objetivo um cuidado qualificado que proporcione desfechos positivos à saúde e segurança de mulheres e bebês durante o pré-natal, parto e puerpério.

No Brasil, o cuidado pré-natal é realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e busca promover o acesso ao cuidado até a 12ª semana da gestação, e a vinculação da mulher ao serviço de saúde. Triagem para intercorrências, cuidados a sintomas fisiológicos, oferta de informações seguras, escuta qualificada, acolhimento, tomadas decisões compartilhadas, preparo para o parto e a transição para a maternidade, são consideradas práticas de cuidado fundamentais na promoção de saúde, autonomia e competência maternas (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012, WHO, 2016).

A assistência ao parto no Brasil veio sendo orientada através de políticas públicas como Rede Cegonha (Brasil, 2011), Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (BRASIL,

2013) e o Programa Nacional de Humanização no Pré Natal e Nascimento (BRASIL, 2002), que têm em seu objetivo a qualificação da assistência e redução da morbimortalidade materna e neonatal através de ações no âmbito do SUS, dentre elas a assistência humanizada e baseada em evidências no atendimento ao parto.

Ações essas assentadas na mudança de paradigmas da ASP intervencionista e médico-centrada, propondo cuidado centrado na mulher, uso racional de tecnologias, oferta de acolhimento, ambiência, privacidade, segurança e autonomia para a mulher, promovendo experiências positivas. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017, WHO, 2018).

No puerpério, o cuidado imediato e nas semanas subsequentes ao parto envolvem a avaliação materna e do recém-nascido em relação a seu estado de saúde e sintomas fisiológicos, ao estabelecimento do aleitamento materno, desenvolvimento de vínculo, rede de apoio, oferta de informações, espaço para dúvidas, identificação de situações de risco e rastreamento de questões psicoemocionais (WHO, 2022). Ações de acolhimento e avaliação do binômio para prevenção de complicações e promoção de saúde para mulheres, bebês e família em busca de um pleno desenvolvimento de vida. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2014)

A experiência das mulheres no cuidado à gestação, parto e puerpério vem sendo cada vez mais destacada, dado o quanto esse período é único, impactante e transformador na vida das mulheres e famílias (OLZA, 2018; VOGELS-BROECKE, DE VRIES, NIEUWENHUIJZE 2020; WHO, 2018).

A OMS tem tratado a experiência perinatal positiva como um importante desfecho, e a define como experiência que alcança ou ultrapassa as expectativas maternas, em um ambiente seguro e saudável, acompanhada por uma equipe tecnicamente competente e respeitosa, que ofereça um cuidado digno e individualizado, comunicação clara e eficaz sobre questões fisiológicas, biomédicas, emocionais, e com intervenções, quando necessárias, baseadas em evidências científicas. Sendo a base para a construção de uma maternidade saudável, incluindo o desenvolvimento de competências, autonomia e autoestima materna (WHO, 2016; WHO, 2018, WHO 2022).

Embora a experiência das mulheres nesse período também seja influenciada por suas crenças, valores e expectativas, há uma relação direta entre a assistência recebida e o que é experimentado. Estudos têm demonstrado efeitos positivos e negativos de experiências de parto, com repercussões a curto e longo prazo e que impactam no estado de saúde mental da mulher, inclusive com associações ao desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (AYRES *et al.*, 2016; BENINCASA *et al.*, 2019; VOGELS-BROECKE, DE VRIES, NIEUWENHUIJZE, 2020). Paralelamente, experiências positivas e acolhedoras com

assistência pré-natal melhoram a vinculação da mulher ao serviço de saúde, e oportunizam tomadas de decisão em saúde informadas e compartilhadas, promovendo autonomia e criando base para um maternal saudável. (MIRANDA, DA SILVA, MANDU, 2018; SILVA, 2018).

Assim, o cuidado perinatal que tem em seu horizonte a experiência positiva como desfecho, deve colocar a mulher, seus desejos e necessidades, na centralidade do processo de cuidar, considerando não apenas seu bem-estar e saúde física, mas as dimensões socioculturais e emocionais implicadas na construção da saúde e dos encontros de cuidado, estimulando e possibilitando exercícios de autonomia e tomadas de decisão compartilhadas, trabalhando para o alcance de todo o potencial para a saúde e a vida de mulheres, bebês e famílias, através de uma assistência clínica e emocionalmente segura (ONU, 2016; WHO, 2016, WHO, 2018, WHO, 2022).

3.2 PARTICIPANTES

Para atender ao objetivo proposto, foram incluídas como participantes mulheres de todo o território nacional, que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: 1. Idade igual ou superior a 18 anos; 2. Mulher que estivesse gestando ou parido no período na pandemia pela COVID-19; 3. Mulher com acesso à internet para que pudesse participar da entrevista on-line; 4. Mulher participante da pesquisa “Inquérito Nascer e COVID. Vale ressaltar que, dentro dos critérios de inclusão e exclusão, tanto mulheres gestantes como puérperas foram elegíveis para o estudo, gerando narrativas que transpassam tanto pelo período pré-natal isoladamente, quanto pré-natal, parto e puerpério. Como critério de exclusão foi adotado: 1. Mulher que não apresentou resposta à tentativa de agendamento da entrevista após 2 contatos

Para localização e captação das participantes foi utilizado convite on-line divulgado através das redes sociais no projeto de extensão “Nascer e COVID” e nos grupos do “Projeto de Extensão Grupo de Apoio à gestação, parto, amamentação e maternagem saudáveis” (Apêndice 1). Àquelas mulheres que demonstraram interesse e entraram em contato com a pesquisadora através do aplicativo de mensagens WhatsApp, foi enviado um convite formal, contendo mais informações sobre o projeto e seu objetivo, e link para acesso ao TCLE (Apêndice 2) e questionário on-line de caracterização da participante (Apêndice 3). Após preenchimento do TCLE e no caso de consentimento com a participação no estudo, foi acordado data e horário para realização da entrevista on-line com a participante, e encaminhado link para reunião online na plataforma Google Meet, criado através de e-mail institucional da UFSCar.

As mulheres que concederam as entrevistas foram identificadas como Entrevistada 1

(E1), Entrevistada 2 (E2), e assim sucessivamente a fim de garantir seu anonimato na apresentação dos dados.

3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O período de coleta de dados se deu entre janeiro e abril de 2022, ainda durante a emergência em saúde decretada em decorrência da pandemia pela COVID-19. No contexto do desenvolvimento de pesquisas, a necessidade do uso de tecnologias no ambiente virtual já estava estabelecida, diante da impossibilidade do contato presencial, enquanto medida de segurança e prevenção. Assim, o planejamento e desenvolvimento da coleta de dados deste estudo foi guiado pelas normas orientadoras da CONEP para pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual (CONEP, 2021). A apresentação dos dados qualitativos foi baseada nos Critérios Consolidados para Relatar Estudos Qualitativos – COREC (SOUZA *et al*, 2021).

Anteriormente ao início da coleta de dados, as entrevistadoras participantes deste estudo passaram por reuniões de orientação formadoras para o desenvolvimento de entrevistas qualitativas semiestruturadas. As entrevistas foram realizadas por duas entrevistadoras, sendo uma entrevistadora principal na condução, com o objetivo de permitir um olhar observador mais apurado e atento da segunda entrevistadora para questões emergidas no decorrer da entrevista.

Após o consentimento da participante, foi iniciada em ambiente virtual a entrevista semiestruturada, com a seguinte questão disparadora “Gostaria que você me contasse como foi a assistência que você recebeu durante o pré-natal, o parto e no pós-parto, no período da pandemia da COVID-19”.

A seguir, ao fluir da entrevista, foram apresentadas outras questões acompanhando o relato narrado pela participante, com vistas a ampliar compreensão, densificação e clarificação da narrativa exposta em relação à experiência vivenciada no período gestacional, parto e pós-parto. No total 10 mulheres foram entrevistadas, sendo que 18 mulheres manifestaram interesse e consentiram em participar da entrevista e responderam ao formulário de caracterização da participante, e 8 mulheres foram consideradas desistentes após 2 tentativas de agendamento sem sucesso, conforme critérios de exclusão. Todas as entrevistas foram gravadas na plataforma Google Meet, a fim de evitar a perda de dados significativos importantes para a compreensão dos dados, e o áudio das gravações foram transcritos com auxílio do software *Transkriptor* e após revisados quanto a sua gramática. Como critério de finalização das entrevistas, foi utilizado o critério de suficiência que, segundo Martinez-Salgado (2021), os dados são suficientes para compreensão do fenômeno estudado.

As 10 entrevistas passaram pelo processo analítico, que foi desenvolvido à luz do referencial da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). A Análise de conteúdo é um método que busca as características e modelos das narrativas obtidas através das entrevistas e acessar o que está por trás delas, através da codificação e classificação dos componentes da mensagem em blocos, na busca por assim compreender profundamente os enunciados e possibilitar a interpretação e proposição de inferências. Bardin propõe três etapas para a Análise de Conteúdo, sendo elas: (1) pré análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados.

(1) Pré análise: É a fase da seleção e organização do material e constituição do *corpus* da pesquisa, na qual é realizada a “leitura flutuante” do material e elaboração das primeiras hipóteses que responderão aos objetivos, atendendo aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, evitando assim a compreensão espontânea do material.

(2) Exploração do material: Esta fase se inicia após a constituição do *corpus* da pesquisa, que será mais profundamente observado e codificado através do estabelecimento de unidades de registro, ou seja, recortes das narrativas, compreendidas como temas, palavras, ou frases que traduzem e identificam o conteúdo presente no material. Posteriormente, as unidades de registro são desmembradas, agrupadas e reagrupadas em categorias, que representam classes de determinados elementos com características em comum.

(3) Tratamento dos dados: Esta fase consiste na busca pela significação e ressignificação das mensagens através da primeira mensagem, ou seja, a inferência e interpretação, com retorno do olhar ao referencial teórico ou base conceitual, neste caso das boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério e a experiência positiva, na busca por trazer sentido às análises (BARDIN, 2011).

Assim, a análise de conteúdo é um método que busca descrever e compreender profundamente o conteúdo das narrativas e sua relação com aspectos exteriores, e a partir disso permitir a inferência de conhecimentos contidos das mensagens, considerando sempre que os resultados de uma pesquisa qualitativa são obras passíveis de serem vista sob novos olhares.

No presente estudo, as três fases propostas por Bardin para o desenvolvimento da análise foram seguidas. Inicialmente houve a aproximação, leitura e releitura das narrativas, organização e seleção do material para constituição do *corpus* a ser trabalhado. Foi realizada a leitura flutuante e constituição das primeiras ideias e reflexões acerca dos dados encontrados.

Após o processo inicial, o material foi mais densamente observado, relido e impregnado para então dar início ao processo de formação de unidades de registro, ou seja, recortes e

arranjos de trechos das narrativas conforme temas ou unidades. Posteriormente ocorreu a releitura e rearranjo das unidades em menor número de categorias, destacadas pelas entrevistadas, sem desprezar a riqueza inicial contida nas unidades. Em seguida, o esforço de compreensão foi trabalhado, na busca por transcender a compreensão superficial e imediatista dos dados, assim como valorizar ao máximo a riqueza de informações trabalhadas, para então trazer os elementos contextuais histórico-culturais aos achados, assim como o referencial das boas práticas na ASP, e o que os constitui enquanto questões locais extrapoláveis a questões mais universais.

Além disso, os dados socioeconômicos e de caracterização obstétrica obtidos através do preenchimento do Formulário de Caracterização da Participante foram organizados através de tabulação simples.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto está articulado a dois projetos de pesquisa, sendo que foram submetidos à análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, com aprovação registrada sob o parecer de número 4.649.652, referente ao CAAE: 45485921.0.0000.5154 e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar, com aprovação registrada sob nº, CAAE: 42901520.4.0000.5504, nº 4.573.573 (ANEXO 1).

A coleta de dados seguiu todas as orientações da CONEP para o desenvolvimento de pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual formuladas no contexto da pandemia da COVID-19. (CONEP, 2021)

Após a divulgação do convite para pesquisa nas mídias sociais do projeto “Nascer e COVID” e nos grupos do projeto “Práticas coletivas”, o início das coletas se deu após a manifestação espontânea do interesse de mulheres em participar da pesquisa, para as quais foi encaminhado link de acesso online ao TCLE (Apêndice 2), desenvolvido na plataforma Formulários Google. Ao final do formulário, são apresentadas a participante duas opções de seleção, sendo a opção 1- “Consinto em participar da pesquisa”; que quando selecionado automaticamente encaminha a mulher para o preenchimento do Formulário de Caracterização da Participante; e a opção 2 - “Não consinto em participar da pesquisa”, que quando selecionado pela mulher, encerra automaticamente o formulário. Ao consentir em participar da pesquisa, e preencher o Formulário de Caracterização da Participante, a mulher informa data e horário disponíveis para a realização da entrevista on-line. Na data e horário pactuados com a participante para entrevista, foi encaminhado link único de reunião on-line na plataforma

Google Meet. Todas as entrevistas foram gravadas nessa mesma plataforma, e conforme orientação da CONEP, após o término da pesquisa, serão armazenadas em dispositivo eletrônico local, sendo excluídas de ambiente virtual compartilhado “nuvem”, para maior segurança dos dados. O uso da estratégia de entrevista on-line se deu em respeito às normas de contenção da pandemia da COVID-19, como medida de distanciamento social.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em formato de artigo intitulado “Atenção ao pré-natal, parto e puerpério e experiência positiva: experiência de mulheres”.

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO E EXPERIÊNCIA POSITIVA:
EXPERIÊNCIA DE MULHERES

PREGNANCY, BIRTH AND POSTPARTUM CARE AND POSITIVE EXPERIENCIE:
WOMEN'S EXPERIENCE

RESUMO

O Brasil vive desafios contínuos na qualificação da atenção à saúde perinatal, inclusive na oferta de experiências positivas, desfecho almejado pela Organização Mundial da Saúde. Emergências de saúde pública, como as pandemias, tendem a potencializar as fragilidades da atenção em saúde. O objetivo deste trabalho foi entender a percepção das mulheres sobre a atenção perinatal recebida, tendo como pano de fundo a recente emergência em saúde. Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na Análise de Conteúdo de Bardin. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas em plataforma on-line. Os resultados originaram três categorias temáticas: “Promoção da autonomia”; “Negativas à autonomia” e “Apoio social: partilha e acolhimento”. Os resultados indicam que a experiência positiva está diretamente vinculada ao desenvolvimento da autonomia da mulher para tomadas de decisão em relação ao seu projeto de gestação, parto e nascimento. Contudo, muitas se deparam com profissionais que restringem esse desenvolvimento, levando-as a buscar complementos de cuidado para vivenciar plenamente o seu projeto. A rede de apoio oferece partilha e acolhimento nas adversidades. A importância de promover a autonomia para alcançar e viver experiências positivas foi evidenciada.

Palavras-Chave: Saúde Materno-Infantil. Assistência Perinatal. Assistência Centrada no

Paciente. Autonomia Pessoal

ABSTRACT

Brazil faces ongoing challenges in improving perinatal healthcare, including the provision of positive experiences, a desired outcome outlined by the World Health Organization. Public health emergencies, such as pandemics, tend to enhance the existing weaknesses in healthcare services. The aim of this study was to understand women's perceptions regarding the perinatal care received, with the recent health emergency as the backdrop. This is a qualitative study, based on Bardin's Content Analysis. Data were collected through semi-structured individual interviews, conducted on an online platform. Three thematic categories emerged from the results: "Autonomy promotion"; "Negatives to autonomy"; and "Social support: sharing and welcoming." The results indicate that the positive experience is directly linked to the development of women's autonomy in decision-making regarding their pregnancy, birth, and childbirth plans. However, many encounter professionals who restrict this development, prompting them to seek complementary care to fully experience their project. The support network provides sharing and welcoming in times of adversity. The importance of promoting autonomy to achieve and experience positive outcomes was emphasized.

Keywords: Maternal and Child Health. Perinatal Care. Patient-Centered Care. Personal Autonomy

INTRODUÇÃO

Gestação, parto e puerpério são eventos marcantes e transformadores da vida de pessoas e famílias, e o cuidado recebido dos profissionais de saúde é um dos determinantes dessa experiência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem a experiência positiva perinatal enquanto um marcador de qualidade assistencial, um desfecho que envolve cuidado individualizado, acolhedor, seguro e que ultrapassa expectativas¹⁻³.

A experiência positiva, na concepção da OMS, envolve dar centralidade à mulher/pessoa com útero no desenvolvimento do cuidado, de modo a considerar seu bem-estar físico, mas também dimensões socioculturais e emocionais, para que além da sobrevivência, essas mulheres e bebês prosperem e alcancem todo o seu potencial de saúde e vida¹⁻³. As boas práticas desdobram-se na experiência positiva e consistem em envolver-se com a oferta de um cuidado qualificado e seguro, baseado em evidências¹⁻³.

Configura-se como um contraponto à assistência intervencionista, muitas vezes

produtora de riscos à saúde dos indivíduos.

No Brasil, a atenção a saúde perinatal (ASP) revela-se lacunar, enfrenta desafios e busca, por meio de políticas públicas, qualificação. Dados sobre a experiência de mulheres em relação à atenção recebida durante a gestação, parto e puerpério são marcados pela falta de apoio, suporte e acolhimento por parte dos profissionais de saúde, intersectadas por relações hierárquicas e práticas muitas vezes violentas⁴⁻⁶.

A pandemia pela COVID-19, recente emergência em saúde vivida em todo o mundo, repercutiu negativamente na ASP, de modo que o Brasil evidenciou altas taxas de mortalidade entre gestantes e puérperas, teve retrocessos assistenciais, negativas de direitos das mulheres, incremento das violências obstétricas, potencializando fragilidades e vulnerabilidades existentes⁷⁻¹⁰.

Estudos acerca da ASP durante a recente pandemia são diversos, nacionais e internacionais, contudo, o enfoque na experiência positiva é inovador. Assim, o presente estudo, desenvolvido durante a emergência em saúde pela COVID-19, compõe-se com os existentes para, na voz das mulheres, tematizar sua experiência e contribuir com avanços assistenciais, inclusive em períodos de crise, como são os das pandemias. O objetivo foi entender a percepção das mulheres acerca da assistência recebida durante o pré-natal, parto e puerpério, à luz da experiência positiva, tendo como plano de fundo a emergência em saúde pela COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, desenvolvido sob a base conceitual da experiência positiva da OMS, definida com importante desfecho de saúde, que prevê cuidados individualizados para além do biológico, seguros clínica e emocionalmente, livre de violência e promotor de autonomia para o pleno viver de mulheres, famílias e bebês.¹⁻³

A apresentação dos dados qualitativos foi baseada nos Critérios Consolidados para Relatar Estudos Qualitativos (COREC)¹¹.

O convite às mulheres para integrarem o estudo foi feito em redes sociais e nos grupos dos projetos “Inquérito Nascer e Covid” e “Projeto de Extensão Grupo de Apoio à gestação, parto, amamentação e maternagem saudáveis”, projetos maiores no qual este estudo está inserido. Às pessoas que manifestaram interesse, foi enviado convite formal e link de acesso Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posterior à devolução do TCLE, um

questionário on-line de caracterização foi enviado.

Os critérios de inclusão ao estudo foram: idade igual ou superior a 18 anos, ter gestado ou parido no período da pandemia pela COVID-19, possuir acesso à internet para participar da entrevista on-line. Dezoito mulheres manifestaram interesse, contudo oito foram excluídas por não apresentar resposta após duas tentativas de agendamento da entrevista, critério de exclusão posto ao estudo.

A coleta de dados foi desenvolvida pela primeira e quarta autoras do estudo, adotou a entrevista semiestruturada na plataforma on-line GoogleMeet e esteve iniciada pela colocação: “Gostaria que você me contasse como foi a assistência que você recebeu durante o pré-natal, o parto e no pós-parto, no período da pandemia da COVID-19”. De modo articulado ao exposto, outras questões foram apresentadas com fins de adensar a compreensão da experiência, a exemplo de “Como qualificou o conjunto do cuidado recebido?” e “Como os profissionais de saúde estiveram articulados a essa experiência?”.

Ambas as entrevistadoras já tinham desenvolvido estudo com entrevista qualitativa previamente, mas integraram rodas formativas junto a terceira e última autora. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas com auxílio do software Transkriptor, e analisadas à luz do referencial da Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin¹².

A AC envolve leitura aprofundada e minuciosa do conjunto da transcrição para apreensão do conjunto; novas leituras para extração de informações centrais relacionadas ao objeto em estudo; síntese dessas informações com posterior agrupamento a partir de conteúdos com sentido comum e, elaboração das categorias temáticas, as quais direcionaram a redação dos resultados¹².

Além disso, os dados socioeconômicos e de caracterização obstétrica obtidos através do preenchimento do Formulário de Caracterização da Participante foram organizados de forma descritiva.

Este estudo está articulado a dois projetos de pesquisa aprovados pelo CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) com aprovação de número 4.649.652 e CEP da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com aprovação de número 4.573.573.

RESULTADOS

Os dados socioeconômicos e obstétricos serão apresentados a seguir nos quadros 1 e 2.

Quadro 1. Dados socioeconômicos e obstétricos das participantes E1 a E5

	E1	E2	E3	E4	E5
Idade	34	25	32	22	33
Cor auto-referida	Parda	Branca	Branca	Branca	Preta
Escolaridade	Pós graduação	Ensino Superior completo	Pós graduação	Ensino Superior completo	Pós graduação
Estado Civil	Casada/União estável	Casada/União estável	Casada/União estável	Casada/União estável	Casada/União estável
Gestante ou Puérpera	Puérpera	Puérpera	Ambos ¹	Gestante	Gestante
Tipo de parto	Vaginal	Cesárea	Vaginal	-	-
Assistência pré-natal	Mista	Privada	Mista	Pública	Mista
Assistência ao parto	Privada	Privada	Pública	-	-
Intercorrência na gestação	Não	Sim, trabalho de parto prematuro e hemorragia	Não	Não	Sim, diabetes gestacional
Profissional que atendeu ao parto	Médico	Médico	Médico	-	-

¹ A E3 estava em sua segunda gestação no período da pandemia pela COVID-19, e assim trouxe elementos da narrativa como gestante e como puérpera.

Fonte: Elaborada pelo autor

Quadro 2. Dados socioeconômicos e obstétricos das participantes E6 a E10

	E6	E7	E8	E9	E10
Idade	36	38	34	40	36
Cor autorreferida	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca
Escolaridade	Pós graduação	Pós graduação	Pós graduação	Ensino Médio completo	Ensino Superior completo
Estado Civil	Casada/União estável	Casada/União estável	Casada/União estável	Casada/União estável	Casada/União estável
Gestante ou Puérpera	Puérpera	Puérpera	Gestante	Puérpera	Puérpera
Tipo de parto	Vaginal	Vaginal	-	Cesárea	Cesárea
Assistência Pré-Natal	Privada	Privada	Privada	Privada	Privada
Assistência ao Parto	Privada	Privada	-	Privada	Privada
Intercorrências na gestação	Sim, diabetes gestacional	Sim, diabetes gestacional	Não	Sim, Covid-19	Não
Profissional que atendeu ao parto	E. O. / Obstetriz	E. O. / Obstetriz	-	Médico	Médico

Fonte: Elaborado pelo autor

Todas as entrevistadas se auto referiram como mulheres cisgênero. A idade delas variou entre 22 e 40 anos, todas eram casadas ou estavam em união estável, 80% (n=8) se autodeclararam brancas, 90% (n=9) têm alta escolaridade (graduação ou pós-graduação), e a assistência ao pré-natal e parto foi predominantemente privada ou mista (através do

Sistema Único de Saúde e de serviços privados).

O resultado da análise qualitativa das entrevistas evidencia que as mulheres entram na ASP com um projeto de gestação e nascimento. Esse projeto inclui seus desejos, necessidades individuais de saúde e expectativas em relação ao cuidado que será recebido, e tem como eixo principal um cuidado humanizado e baseado em evidências.

Ao longo do processo de gestação, parturição e no puerpério, se deparam com profissionais que dão suporte ao desenvolvimento do projeto e contribuem para o fortalecimento da autonomia e satisfação, e com profissionais que impõem negativas, trazendo inseguranças e fragilização para suas vivências.

Em ambos os momentos vividos na assistência, a rede de apoio das mulheres é fundamental, contribuindo para a autonomia e o enfrentamento das adversidades.

Três categorias temáticas retratam a experiência: “Promoção da autonomia”; “Negativas à autonomia” e “Apoio social: partilha e acolhimento”.

PROMOÇÃO DA AUTONOMIA

As mulheres entrevistadas evidenciaram deter um projeto de gestação parto e puerpério sobre o qual desejavam dialogar, na direção de apropriarem-se mais dele e ampliar sua autonomia. Assinalam a relevância das conversas, das informações e do acolhimento de dúvidas e respeito. Assim, buscam por profissionais com conhecimentos e um atitudinal que acolham tais expectativas e necessidades.

(E1) Durante o meu pré-natal na rede particular, tive uma assistência muito boa, quem me auxiliou foi uma médica, ela tem uma linha de trabalho bastante humanizada, sempre foi muito clara que ela queria me proporcionar a ter condições e informações necessárias para que eu pudesse optar pelo parto normal [...]. E ela fez essa acolhida, eu acho que aí foi superimportante para gente decidir qual a nossa via de parto [...]

(E2) No pré-natal [...] eu fui acompanhada por uma ginecologista obstetra, ela é a favor do parto normal que era o que eu queria, para ter o meu bebê, e ela sempre assim, me respeitou em tudo, sempre conversava comigo sobre (parto)[...] As consultas com ela no consultório eram a mesma coisa. Eu sempre chegava, conversava, falava de novo o que tinha dúvida, ficava conversando.

Quando são ouvidas e acolhidas pelos profissionais de saúde, sentem-se satisfeitas, sobretudo ao identificarem confiança e segurança para exporem a si. Contar com um espaço no qual podem de fato se revelarem sem julgamentos ou críticas é quisto e favorece cuidado singular e vivências positivas.

(E5) Ela (obstetra) inicia a consulta perguntando sobre mim. Como você está se sentindo? Para além da gestação. Eu falo que a consulta com ela é quase uma terapia assim, é bem bacana mesmo. A gente sempre

falou sobre questões pessoais, questões emocionais, psicoemocionais, a questão da gestação em si, as preocupações com a parte externa, com as questões externas.

(E3) [...] Enfermeira (da Unidade Básica de Saúde) super atenciosa. Atenta assim é... primeira coisa, ela começou a consulta sem questões técnicas, só perguntando “como você está? É sua primeira, como é que foi isso para você? Você estava planejando, não estava planejando?”, então, todo um tratamento humano primeiro.

Em contraponto, algumas mulheres foram submetidas a cuidado centrado no profissional e esvaído de comprometimento com ela e suas necessidades, aspecto que as faz buscar outros suportes na direção de perseguirem seu projeto e exercerem sua autonomia.

(E5) Infelizmente pelo SUS eram consultas muito rápidas e pontuais [...], olhar questões de parte técnica mesmo [...] sem muita essa parte mais holística, de olhar para paciente como um todo e não só como um corpo gravídico [...] eu sentia sempre que faltava algo mais [...]. Quando eu migrei para o particular que foi bem no início [...] aí foi outro acolhimento uma consulta de duas horas, uma obstetra bem respeitosa mesmo [...], e que entende como é importante o todo, que não somente a gestação, mas entender o contexto da mulher, da família, não só olhar exames, não só a parte técnica.

(E3) Eu engravidei e a minha intenção, desde sempre [...], foi ter um parto normal. E, eu comecei a descobrir (risos de nervoso) a dificuldade que é para se ter um parto normal, principalmente pela rede particular com convênios. Então, eu fui estudar um pouco e vi que haveria a chance maior de ter um parto como eu queria pelo SUS. Decidi [...] fazer o pré-natal pelo SUS e pelo convênio na rede particular. Então eu fiz o pré-natal concomitante nos dois, porque aqui na minha cidade precisa ter esse acompanhamento (pré-natal) no SUS não basta chegar lá e de repente ir.

Buscando o desenvolvimento ativo do projeto, encontram pluralidade de apoio em outros profissionais e sentem-se acolhidas, ouvidas e atendidas em desejos e necessidades.

(E5) [...] a gente (ela e o companheiro) tem uma equipe multiprofissional. Então nós temos a doula, [...] tenho a fisioterapeuta pélvica, e tem uma consultora em aleitamento materno e elas estão sendo também a minha equipe nesse momento. Então com elas eu também tive esses atendimentos, e a doula fez essa participação, essa apresentação. A gente teve encontros durante toda a gestação e nesses encontros, são temas variados que a gente pode falar [...].

(E6) a doula tem uma abordagem também que não é só com a gestante, é com a família, parece que é com todo mundo, e foi muito joia isso. Ela também é consultora de amamentação [...]. O que gosto muito dela, é que [...] ela parte sempre do que a gente traz pro encontro, ela é muito sensível, muito sensata.

Espaços de troca em grupo ampliado, promovidos por profissionais e universidade, são relatados como importantes ferramentas para o fortalecimento das mulheres e famílias nesse

período, enquanto espaço de diálogo com pares, e acesso a informações seguras e suporte às tomadas de decisão.

(E1) Eu também tive acesso ao grupo de gestantes da (universidade)[...] Mesmo sendo um serviço online, ele possibilitou [...] que nós pudéssemos ter informações de segurança, baseado na ciência [...] informações que venham a auxiliar essa parturiente, essa gestante até a ter condições de escolher aquilo que for melhor pra si [...] Então assim, as minhas confrontações com todo mundo com quem eu tive acesso, estavam baseadas principalmente na informação e nas informações que vieram desse grupo.

(E2) (sobre o grupo de gestantes) Eles faziam umas rodas de mães aqui em (nome da cidade), e eu já acompanhava isso antes de engravidar [...] é bem legal, eu gosto bastante [...] , iam as mães, as grávidas, ia todo mundo ali pra conversar, discutir. Às vezes tinha algum tema específico e outras vezes era só pra interagir mesmo, sabe? As mães trocavam experiências. E tem o grupo no WhatsApp também, sempre que tem alguma dúvida, alguma questão assim, todo mundo conversa. Eu participei a primeira vez e depois veio a pandemia e acabou. Aí só tem um grupo de WhatsApp. Mas para mim foi bom porque a gente via as experiências das mães, né?

No momento do parto, domiciliar ou hospitalar, as mulheres recebem assistência de profissionais com os quais se vincularam no pré-natal, e diante do cuidado consonante ao projeto e fortalecido pelo respeito e diálogo, a experiência foi positiva e satisfatória.

(E1) O contato pele a pele aconteceu porque isso já estava no nosso plano de parto, e isso foi algo que desde então eu já tinha solicitado para as meninas que ocorressem, a golden hour, com o clampeamento tardio. Acho que ficamos uns cinco minutos com a bebê mamando, enquanto eu estava a conhecendo, o cordão ainda estava ligado à placenta pra depois fazer o corte.

(E6) Me lembro de um momento que eu perguntei pra doula, eu falei "nossa será que está perto?", e ela me respondeu assim "você está indo bem". Isso era o maior indicativo de que não era o tempo, não era a quantidade de centímetros que você está indo bem, continue assim, está tudo indo bem.

(E3) (a doula) Foi fundamental para a gente não desistir e ir para a cesárea. Porque eu estava exausta, já, teve um momento que eu falei assim: "eu não vou conseguir", tinha dado 24 horas, eu olhando o relógio, já deu 24 horas, eu não vou conseguir e aí ela que segurou o rojão lá, inclusive, falando pro meu marido: "vai dar certo sim!!", porque meu marido já estava prestes a falar assim "não, você não vai dar, tá muito sofrido". [...]também orientando a movimentação, exercícios, tudo mais.

O cuidado recebido por enfermeiras se destaca enquanto acolhedor, comprometido com o projeto e autonomia das mulheres e famílias e assim promotor de experiências positivas.

(E3) A gente passa primeiro por uma enfermeira, para depois ser atendida por uma médica, e eu, para ser sincera, gostaria de ter permanecido com as enfermeiras me assistindo do que com a equipe médica [...] e eu vi essa diferença, assim, no atendimento, o atendimento mais humano. Um atendimento às vezes mais

atualizado, mais bem informado com relação ao tratamento humano, a via de parto que eu queria.

(E6) E as consultas de enfermagem aqui no nosso no domicílio eram bastante demoradas, normalmente uma hora, uma hora e meia de conversa. Primeiro a gente conversava sobre o tema do mês, [...] sobre as dúvidas e tal, também como estava a preparação aqui em casa para isso (parto domiciliar) [...] as consultas domiciliares aproximavam meu acompanhante e a minha filha do pré-natal.

As falas direcionam para a reflexão de que as mulheres buscaram suporte ao desenvolvimento da autonomia na construção de seu projeto junto a profissionais alinhados ao cuidado participativo e individualizado, para alcançarem experiências positivas.

NEGATIVAS À AUTONOMIA

Já no pré-natal, as mulheres se deparam com profissionais que não acolhem necessidades e desejos, não se interessam, perpetuam práticas centradas em seu saber e reforçam papel de tomadores de decisão.

(E3) A médica que me acompanhou no SUS, ela já era cesarista sim e aí eu não gostei muito dela pelas conversas, pelo pensamento e tudo mais. Enfim, eu já tinha me munido de informações e vi que muita coisa que ela falava estava muito equivocada, [...] Faltava mais comprometimento e postura. Um certo desinteresse, aquela coisa, às vezes de nem olhar para você direito [...] era tudo muito rápido e um papo meio estranho assim de: “para de vim aqui, você pode ir ao particular, você é bem instruída, você não precisa disso, vai para o particular, paga um parto”. Dando uma forçada assim.

(E7) Eu tanto esperava que eu seria mais acolhida nesse lado da minha vontade, que eu considerei não ter Doula, porque eu achei que elas (equipe de parto domiciliar) poderiam me suprir todos esses lados, apesar de eu saber que não era esse papel delas [...] tinha expectativa de que esse lado mesmo do acolhimento do sentimento, de que elas poderiam suprir também [...] Então, houve uma quebra de expectativa. Eu cheguei a pensar, “será que eu quero ter mesmo parto com elas? Será que eu não vou ficar agora sem ter confiança nelas?” Não a confiança no sentido da qualidade do atendimento de saúde, isso eu nunca deixei de ter a confiança nelas, mas a confiança no sentido de que elas estavam ali para me apoiar.

Diante de intercorrências, a centralização da tomada de decisão no profissional é acentuada e não considera o projeto da mulher, sugerindo serem dicotômicos desfechos positivos de saúde e de experiência, fragilizando o exercer da autonomia mulher.

(E7) Então sempre tinha um “se” (condições impostas pelos profissionais para o atendimento ao parto domiciliar), e esse “se” tinha algum desfecho desagradável, seja desfecho de saúde ou desfecho de vontade, porque no final das contas o parto em casa era uma vontade. Se eu tivesse um parto natural no hospital, contando que a minha filha estivesse saudável, que eu estivesse saudável, seria tão bom quanto, em termos de desfecho... mas em termos de atender ao que ao meu sentimento, a minha vontade, não teria atendido.

(E10) A hora que o meu obstetra chegou, ele me falou “Olha, você está com a sua pressão alta, eu estou vendo aqui no seu cardiotoco a diminuição de movimento fetal, você está apenas com três centímetros, e tem mecônio. Então, você tem dois caminhos: ou você aguarda mais dilatação, só que pode acontecer de você

chegar em quase dez de dilatação e o seu bebê entrar em sofrimento fetal e você ter que ir para cesariana, ou a gente interrompe com uma cesariana agora. O que que você quer fazer?” Aí eu morrendo de dor, a tendência provavelmente era ir para cesariana pelo jeito que ele me falou... o que me marcou muito dele ter falado foi a questão do meu filho poder entrar em sofrimento fetal [...] Então, eu olhei para o meu marido e disse, “eu não quero que o meu filho já nasça sofrendo, então, vamos para cesariana”.

Durante o trabalho de parto e parto, as mulheres têm seu projeto muitas vezes desconsiderado, fragilizando-as e fazendo-as questionar suas próprias tomadas de decisão, conduzindo-as a condutas intervencionistas e impactando negativamente em sua experiência.

(E1) foi um trabalho de parto demorado e teve uma fase em que a minha dilatação pausou [...] Então houve uma intervenção da aplicação da ocitocina, essa intervenção em si eu fiquei um pouco chateada, porque acaba que a gente vai estudando sobre as intervenções desnecessárias, aí eu fico me perguntando hoje “será que aquela ocitocina precisava?” E aí eu não consigo decidir se o procedimento realmente foi uma intervenção desnecessária, ou se realmente durante aquela situação foi a melhor decisão a ser tomada

(E2) No meu no meu plano de parto tinha que eu não queria esses procedimentos (rompimento artificial da bolsa), que eu queria que fosse o minimamente invasivo, mas a minha médica, ela conversou comigo: “Ó, eu sei que você não quer, você como enfermeira, você sabe que agora precisa de alguma coisa para fazer evoluir, porque senão não vai dar, e você vai para cesárea” E eu disse “Não, eu vou tentar até o último instante que quero o parto normal”.

No pós-parto, as mulheres são fragilizadas e desrespeitadas através de abordagem biologicista, sem oportunidades de diálogo sobre o puerpério e necessidades de cuidado emocional.

(E2) (quando abordar sobre apoio às questões emocionais) Não, ninguém [...]eu já estava preparada, porque eu já ouvi algumas mães falando isso. Depois que o bebê nasce é só o bebê. A mãe ninguém quer saber não. Se vira

(E6) Mandeí uma mensagem pro meu médico dizendo “olha nasceu, está tudo bem!”, e ele me mandou um joinha, só o joinha [...] Na consulta pós parto não me perguntou muita coisa, mas me avaliou, colheu o Papanicolau, até apalpou e pressionou minha barriga, disse que estava normal, foi tudo bem mas muito focada na questão dos métodos contraceptivos.

As mulheres se deparam em momentos diversos da ASP com profissionais que desvalorizam sua experiência. Há falas que sugerem abuso de poder por parte de profissionais e responsabilização da mulher para desfechos negativos, impondo barreiras ao desenvolvimento da autonomia e alcance de experiências positivas.

APOIO SOCIAL: PARTILHA E ACOLHIMENTO

As mulheres narram sobre a rede de apoio que acessam enquanto suporte para construção do seu projeto e vivência da autonomia. Essa rede é composta principalmente companheiros conjugais e grupos de gestantes.

(E7) Geralmente era assim: eu tinha a conversa (em que recebia uma negativa do profissional) durante a conversa estava lá tudo bem, “uhum, tudo bem, tá bom, certo”, aquela tranquilidade. Quando desligava o celular ou saía do consultório eu desabava. Aí, geralmente o meu o meu grande ponto de apoio era o meu marido. Eu falava com ele, descarregava, “isso é injusto, isso não pode, como que pode isso estar acontecendo?”, descarregava todo o meu desespero, minha raiva, o que fosse e daí depois sentava e tentava me reequilibrar.

(E9) Ele (esposo) me apoiava. Se a minha decisão era cesária, ele estava junto comigo, entendeu? Ou é normal? Ele estava junto comigo. Ele estava um pouco com medo do parto normal? Porque a gente ouve tanta coisa: “Ai, porque sofreu, porque ficou não sei quantas horas em trabalho de parto,” mas assim, ele sempre ficou do meu lado. A decisão que eu tomasse, ele estava lá do meu lado.

(E10) Então, a minha rede, o meu apoio maior foi esse apoio virtual [...] Meu marido aqui em casa, mas foi fundamental esses anjos do (grupo de gestantes online).

A relevância da rede de apoio se revela no enfrentamento das dificuldades colocadas pelos profissionais para o desenvolvimento e exercício da autonomia.

(E6) Meu marido... teve um dia depois dessa situação toda (onde foi negado uma cardiotocografia no pronto atendimento do plano de saúde solicitada pela equipe de parto domiciliar), eu falei “Gente, eu vou chegar lá (no consultório) falando pro médico, que teve essa situação toda, que a enfermeira teve que ligar pro meu médico (para autorizar uma cardiotocografia)”, numa situação de exposição, completamente desnecessária. Eu chorava, falava, “gente, se eu entrar lá no consultório e ele me maltratar também, eu não quero”. E meu marido falou “bom, se isso acontecer eu vou lá, vou lá com você, você quer que eu vá? A gente dá um jeito”.

Os companheiros das mulheres se destacam partilhando o viver, e com ele o sentimento de segurança por não estar só.

(E8)[...] eu sempre achei que essa história da gente incentivar a participação do pai era pra não deixar o pai meio deprimido assim [...] Depois que a gente é mãe, a gente percebe o tanto que faz falta a presença do pai do lado. Não é só o fato de tipo assim “ah, não, mas a avó substitui, a tia”. A gente teve toda essa rede de apoio, mas o pai faz diferença porque ele sabe o que é importante pra você né?

(E10) Eu deixei alinhado com o meu marido, eu falei assim, “Olha, eu quero que seja assim. Se eu estiver com dor, se eu te xingar, me desculpe. Eu quero que toque essa música...” Já tava tudo mais ou menos assim, combinado, “quero que seja assim, eu quero que seja assado... eu vou gritar, eu quero ir no chuveiro, eu quero sentar, faça minhas vontades, me trate com carinho”. Então, eu alinhei isso com o meu marido. Com o meu obstetra eu só falei quero o meu normal e ponto.

(E5) (sobre a presença do acompanhante) Extremamente importante assim não vejo sozinha. Eu acho que é, no meu conceito, desesperador assim, pensar nessas mulheres que estão ali, tendo que enfrentar isso sozinha [...], porque é bem importante mesmo essa participação, de ter alguém, a segurança que a gente tem sente é outra.

As mulheres criticam a postura de profissionais e a estrutura do sistema de saúde, que exclui o companheiro da ASP, a perpetua visão ultrapassada do gestar, parir e maternar.

(E4) (sobre o acompanhante no curso de gestantes) Também podia, só que não teve nenhum pai não, é sempre a mãe. É por conta do trabalho, porque a gestante, ela pode se ausentar do trabalho, já o pai nem quando o neném nasce, fica três ou cinco dias em casa, a sociedade não vê o pai como agente importante da gestação nem do puerpério, então sempre sobra pra mãe.

(E3) É... mas eu vejo assim... não sei se a minha médica ou todos os médicos, mas se fala pouco sobre a atuação do homem no trabalho de parto, no pós-parto. Não é... durante essas consultas, parece que é tudo muito direcionado para a gestante, nada direcionado para eles. Gestante, bebê, nada para ele. Eu acho que seria legal uma abordagem mais ampla, assim, familiar.

A rede de apoio é para onde as mulheres se voltam quando recebem negativas, e com quem encontram suporte para o desenvolver da autonomia, buscam informações e partilham as tomadas decisão e o viver.

DISCUSSÃO

O cuidado centrado na pessoa, acolhedor, respeitoso, seguro e individualizado, promove a autonomia da mulher para as tomadas de decisão relativas às questões de seu projeto de gestação, parto e pós-parto. O exercício da autonomia é um direito da pessoa humana e desenvolvê-la, promovê-la, um papel profissional. Desse modo, requer do profissional um posicionamento reconhecedor da intersubjetividade, do encontro, com apreensão da mulher não enquanto ‘objeto para intervenção’, mas interessado nela e no compartilhamento com ela. Trata-se de trocas apoiadas em tecnologias, sobretudo as leves¹³.

Este posicionamento de cuidado alcança e ultrapassa expectativas das mulheres, promove satisfação, vinculação, e melhores desfechos de saúde, indo de encontro ao conceito da experiência perinatal positiva.^{1-3,14-16}.

A autonomia, nas falas das mulheres, é evidenciada como elemento central para pleno desenvolvimento e viver de seu projeto de gestação, parto e puerpério, revelando-se intimamente ligada ao alcançar de experiências positivas.

A OMS, quando define a experiência positiva e sua relevância como desfecho de saúde, destaca o respeito a autonomia, a história, a cultura e necessidades da mulher como pontos

chave para o cuidado¹⁻³.

Por sua vez, atendimentos hierarquizados geram negativas e são lacunares no alcance das subjetividades, com cerceamento do desenvolvimento da autonomia das mulheres. Estes foram desqualificados por elas e criaram fragilidades e insensibilidades para suas necessidades, sobretudo aquelas que não eram de ordem biológica¹⁴.

Diante de negativas, as mulheres buscaram espaços relacionais onde foram acolhidas, encontraram diálogos, trocas, segurança, respeito e suporte a seu projeto. O acesso a esse cuidado ocorreu através de pagamento particular com doulas, enfermeiras e fisioterapeutas, sugere que determinantes sociais modulem a qualidade da relação entre profissional e mulher¹⁶.

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres no desenvolvimento e exercício de sua autonomia na ASP, em grande parte devido às barreiras impostas tanto pela realidade do sistema de ASP no Brasil quanto pelos profissionais de saúde, evidenciam a necessidade urgente de uma mudança nas práticas assistenciais.

A implementação efetiva de políticas públicas que promovam o fortalecimento da autonomia feminina é fundamental para a transformação dessa realidade. Modelos de cuidado como o de continuidade oferecidos por enfermeiras obstétricas (E.O.) e obstetrizes, já validados por estudos internacionais, são essenciais não apenas para melhorar os resultados clínicos, mas também para humanizar a assistência e proporcionar experiências positivas e de satisfação às mulheres. Esses modelos favorecem o protagonismo da mulher ao longo de toda a gestação, parto e pós-parto, respeitando suas escolhas e necessidades, passo crucial para a promoção de sua autonomia no processo de cuidado^{2,15}.

Modelos de cuidado contínuo liderados por E.O. e obstetrizes demonstram resultados clínicos superiores em comparação com os modelos tradicionais, caracterizados pela fragmentação do cuidado¹⁵. A continuidade é associada a uma redução de intervenções desnecessárias e aumento na adesão às preferências das gestantes, permitindo que se tornem mais ativas em decisões sobre seu cuidado em saúde. Este é um ambiente é promotor de maior colaboração e menos medicalizado, garantindo assistência mais humanizada e contribuindo diretamente para a melhoria da experiência das mulheres no período perinatal, consolidando a autonomia como um princípio central na atenção à saúde^{2,15}.

Visto isso, diante do cenário da ASP no Brasil, é preciso sensibilizar e educar profissionais, treinados em torno do corpo necessitado de correção, da hierarquização do cuidado e violência de gênero. Profissionais que, em seu exercício de poder, desconsideram desejos e necessidades, oferecem cuidado intervencionista, potencialmente prejudicial e

violento, levando mulheres a questionarem suas próprias experiências e seu senso de julgamento. Sensibilizá-los a participarem do encontro do cuidar, tornando-os capazes de oferecer dignidade, segurança, diálogo e respeito através do deslocamento da centralidade do cuidado do profissional para a mulher^{6,17}. E nesse movimento de deslocamento, suportar o delineamento de projetos através do desenvolvimento da autonomia, alcançando experiências positivas.

Nesse contexto a rede de apoio das mulheres, constituída principalmente pelos companheiros e grupos de gestantes, atuam como dispositivos de fortalecimento e resiliência, possibilitando experiências perinatais mais positivas, através da aquisição de informações, compartilhamento de vivências com pares e apoio ao enfrentamento do processo de tornar-se mãe^{2,3,18,19}.

A presença do acompanhante na ASP, aumenta o acesso a boas práticas como oferta de informações, satisfação com o atendimento, e diminui a ocorrência de intervenções e violência obstétrica, além disso, é recomendada em todas as etapas da ASP pela OMS^{1-3,16,20}.

Buscou-se oportunizar a emergência de dados relacionados a experiência das mulheres e a emergência em saúde pela COVID-19 ao incluir no estudo mulheres que passaram pela ASP nesse período, visto as sabidas consequências dessa emergência para a ASP. Embora outros estudos tenham mostrado relevante impacto da COVID-19 na vida das mulheres, a partir dos dados desse estudo, necessidade do desenvolver e exercer da autonomia para o alcançar e viver experiências positivas foi o mais evidenciado.

É necessária a reflexão sobre o recorte social em que se encontram as participantes deste estudo, que não representa amostra abrangente da população brasileira, e conta com privilégios sociais e étnico-raciais. Privilégios já discutidos como possíveis moduladores de qualidade na relação entre profissionais e mulheres¹⁶, e facilitadores no acesso aos serviços de saúde, principalmente no contexto de emergências, já que determinantes sociais e o racismo estrutural atuam como barreiras adicionais de acesso a esses serviços⁸. Assim, futuramente, novos estudos com amostra mais abrangente da população brasileira devem ser realizados.

REFERÊNCIAS

- 1- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. World Health Organization Geneva, 2016.
- 2- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intrapartum care for a positive childbirth

experience. World Health Organization, Geneva p. 212, 2018.

3- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization, WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience Geneva p. 242, 2022.

4- Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas Psicol.* 2016; 24 (2): 681-93.

5- Jardim, M. J. A., Silva, A. A., & Fonseca, L. M. B. (2019). Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. *Rev. pesquis. cuid. fundam.*(Online), 432-440.

6- Aguiar, C. D. A., Feliciano, R. G., & Tanaka, A. C. D. A. (2022). Near-miss materno e violência obstétrica: uma relação possível?. *Sex Salud Soc (Rio J)* , e22208.

7- Amorim, M. M. R., Souza, A. S. R., Melo, A. S. D. O., Delgado, A. M., Florêncio, A. C. M. C. D. C., Oliveira, T. V. D., ... & Katz, L. (2021). COVID-19 e Gravidez. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21, 337-353.

8- de Souza Santos, D., de Oliveira Menezes, M., Andreucci, C. B., Nakamura-Pereira, M., Knobel, R., Katz, L., ... & Takemoto, M. L. (2021). Disproportionate impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among pregnant and postpartum black women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis*, 72(11), 2068-2069.

9- Takemoto, M. L., Menezes, M. D. O., Andreucci, C. B., Nakamura-Pereira, M., Amorim, M. M., Katz, L., & Knobel, R. (2020). The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Obstet Gynecol Int J*, 151(1), 154-156.

10- Stofel, N. S., Christinelli, D., Silva, R. C. D. S., Salim, N. R., Beleza, A. C. S., & Bussadori, J. C. D. C. (2021). Perinatal care in the COVID-19 pandemic: analysis of Brazilian guidelines and protocols. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21, 89-98.

11- Souza, V. R. D. S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02631.

12- Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

13- Ayres, J. R. D. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 73-92.

14- Silva, L. A. D., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Vieira, B. D. G., Marchiori, G. R. S., & Santos, M. V. D. (2018). A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*(Online), 1014-1019.

15- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led

continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, (4).

16- d'Orsi, E., Brüggemann, O. M., Diniz, C. S. G., Aguiar, J. M. D., Gusman, C. R., Torres, J. A., ... & Domingues, R. M. S. M. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*, 30, S154-S168.

17- Grilo Diniz, C. S., Rattner, D., Lucas d'Oliveira, A. F. P., de Aguiar, J. M., & Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters*, 26(53), 19-35.

18- Ferreira, G. I., de Castro Bussadori, J. C., Guilhem, D. B., & Fabbro, M. R. C. (2018). Participação de mulheres em grupos de apoio: contribuições para a experiência do parto. *Cienc Cuid Saude*, 17(4), e45138.

19- Cardoso, A. C. A., & Vivian, A. G. (2017). Maternidade e suas vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, 6(1), 43-43.

20- Monguilhott, J. J. D. C., Brüggemann, O. M., Freitas, P. F., & d'Orsi, E. (2018). Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Revista de Saúde Pública*, 52.

5. DISCUSSÃO

As narrativas das mulheres trazem à luz experiências de cuidado baseadas em acolhimento, respeito, oferta de informações e partilha muito associadas a satisfação.

O cuidado centrado na pessoa, acolhedor, respeitoso, seguro e individualizado, estimula e participa do desenvolvimento de projetos de vida e o exercício da autonomia enquanto direito da pessoa humana. Não busca apenas um objeto para intervenção, mas participa de trocas: apoiadas em tecnologias, mas não totalmente restritas a elas (AYRES, 2004). Esse cuidado recebido alcança e ultrapassa expectativas das mulheres, promove satisfação, vinculação, e melhores desfechos de saúde, indo de encontro ao conceito da experiência perinatal positiva (WHO, 2016, 2018, 2022; SILVA *et al*, 2018; D'ORSI *et al*, 204).

A autonomia, nas falas das mulheres, é evidenciada como elemento central para pleno desenvolvimento e viver de seu projeto de gestação, parto e puerpério, revelando-se intimamente ligada ao alcançar de experiências positivas.

A construção de planos de parto é uma das estratégias utilizadas para o desenvolvimento de projetos de cuidado e exercício de autonomia. É um importante instrumento na construção de práticas assistenciais respeitadas e participativas, favorecendo o acesso às boas práticas de cuidado, proporcionando melhores desfechos de saúde e de experiência (MEDEIROS et al, 2019; TRIGUEIRO et al, 2021).

A OMS, quando define a experiência positiva e sua relevância como desfecho de saúde, destaca o respeito a autonomia, a história, a cultura e necessidades da mulher como pontos chave para o cuidado (WHO 2016, 2018, 2022).

Paralelamente, negativas recebidas pelas mulheres em atendimentos hierarquizados, de lacunar encontro subjetivo e de cerceamento do desenvolver de sua autonomia, são desqualificados por elas e criam fragilidades, expondo demandas muitas vezes ignorada pelos profissionais e ausência do cuidar daquilo que não é de ordem biológica (SILVA *et al*, 2018).

Essas experiências negativas, levam a mulheres as buscarem espaços e relações em que sejam acolhidas, encontrem diálogo, segurança, respeito e suporte a seu projeto. O acesso a esse cuidado se deu através de pagamento particular de doulas, enfermeiras e fisioterapeutas, sugerindo que determinantes sociais de saúde (DSS) para além de impactar no acesso ao direito à saúde numa perspectiva de desigualdade nas condições de vida, educação e infraestrutura, possam modular a qualidade da relação entre profissional e mulher (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007; D'ORSI *et al*, 2014).

A implementação efetiva de políticas públicas que promovam o fortalecimento da autonomia feminina é fundamental para a transformação dessa realidade. Modelos de cuidado como o de continuidade oferecidos por E.O. e obstetrizes, já validados por estudos internacionais, são essenciais não apenas para melhorar os resultados clínicos, mas também para humanizar a assistência e proporcionar experiências positivas e de satisfação às mulheres. Esses modelos favorecem o protagonismo da mulher ao longo de toda a gestação, parto e pós-parto, respeitando suas escolhas e necessidades, passo crucial para a promoção de sua autonomia no processo de cuidado (WHO, 2018; SANDALL *et al*, 2016).

Modelos de cuidado contínuo liderados por E.O. e obstetrizes demonstram resultados clínicos superiores em comparação com os modelos tradicionais, caracterizados pela fragmentação do cuidado (SANDALL *et al* 2016). A continuidade é associada a uma redução de intervenções desnecessárias e aumento na adesão às preferências das gestantes, permitindo que se tornem mais ativas em decisões sobre seu cuidado em saúde. Este é um ambiente é promotor de maior colaboração e menos medicalizado, garantindo assistência mais humanizada e contribuindo diretamente para a melhoria da experiência das mulheres no período perinatal,

consolidando a autonomia como um princípio central na atenção à saúde (WHO, 2018; SANDALL *et al*, 2016).

Além disso, diante do cenário da ASP no Brasil, é preciso sensibilizar e educar profissionais, treinados em torno do corpo necessitado de correção, da hierarquização do cuidado e violência de gênero. Profissionais que, em seu exercício de poder, desconsideram desejos e necessidades, oferecem cuidado intervencionista, potencialmente prejudicial e violento, levando mulheres a questionarem suas próprias experiências e seu senso de julgamento. Sensibilizá-los a participarem do encontro do cuidar, tornando-os capazes de oferecer dignidade, segurança, diálogo e respeito através do deslocamento da centralidade do cuidado do profissional para a mulher (AGUIAR, FELICIANO, TANAKA, 2022; GRILO DINIZ, 2018). E nesse movimento de deslocamento, suportar o delineamento de projetos através do desenvolvimento da autonomia, alcançando experiências positivas.

Nesse contexto a rede de apoio das mulheres, constituída principalmente pelos companheiros e grupos de gestantes, atuam como dispositivos de fortalecimento e resiliência, possibilitando experiências perinatais mais positivas, através da aquisição de informações, compartilhamento de vivências com pares e apoio ao enfrentamento do processo de tornar-se mãe (WHO, 2018, 2022; FERREIRA *et al*, 2018; CARDOSO, VIVIAN, 2017).

A presença do acompanhante na ASP, aumenta o acesso a boas práticas como oferta de informações, satisfação com o atendimento, e diminui a ocorrência de intervenções e violência obstétrica, além disso, é recomendada em todas as etapas da ASP pela OMS (WHO 2016, 2018, 2022; D'ORSI *et al*, 2014; MONGUILHOTT, *et al* 2018).

Buscou-se oportunizar a emergência de dados relacionados a experiência das mulheres e a emergência em saúde pela COVID-19 ao incluir no estudo mulheres que passaram pela ASP nesse período, visto as sabidas consequências dessa emergência para a ASP. No entanto, no decorrer da coleta e análise de dados, a temática da autonomia, construção de projetos de gestação, parto e puerpério e busca pela experiência positiva através de diversos movimentos dentro dos espaços e encontros de cuidado mostraram-se marcantes e significativos na experiência das mulheres. Embora outros estudos tenham mostrado relevante impacto da COVID-19 na vida das mulheres, a partir dos dados deste estudo, necessidade do desenvolver e exercer da autonomia para o alcançar e viver experiências positivas foi o mais evidenciado.

A partir disso, é necessária a reflexão sobre o recorte social em que se encontram as participantes deste estudo, que não representa amostra abrangente da população brasileira, e conta com privilégios sociais e étnico-raciais. Privilégios já discutidos como possíveis moduladores de qualidade na relação entre profissionais e mulheres, e facilitadores no acesso

aos serviços de saúde, principalmente no contexto de emergências, já que os DSS, dentre eles o racismo estrutural, atuam como barreiras adicionais de acesso a esses serviços (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007; D'ORSI *et al*, 2014; SOUSA SANTOS *et al*, 2021). Assim, futuramente, novos estudos com amostra mais abrangente da população brasileira devem ser realizados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres participantes deste estudo constituem uma amostra privilegiada dentro da realidade brasileira, haja visto serem mulheres majoritariamente brancas, casadas ou em união estável, graduadas ou pós-graduadas, sem nenhum caso grave de infecção pela COVID-19 e que em grande parte puderam escolher o profissional obstetra de preferência e contratam equipes particulares para oferta de apoio na gestação, parto e puerpério. Sabe-se que indicadores socioeconômicos assim como ser da raça/cor preta ou parda impactam na assistência à saúde obstétrica, nos desfechos maternos, e na ocorrência de violência, fato exacerbado no contexto da pandemia pela COVID-19.

As mulheres deste estudo buscaram em sua maioria a construção de seus projetos de gestação, parto e puerpério e o exercício de sua autonomia, contando com a assistência de profissionais que ofereceram cuidado individualizado, alinhado às suas necessidades de saúde e assim consideraram satisfatório e positivo o cuidado recebido. Ainda assim, viveram em algum momento práticas assistenciais inadequadas ou abusivas por parte de profissionais impactando negativamente em sua experiência, sugerindo que é necessário trabalhar na qualificação da assistência para a promoção de autonomia e experiências positivas, com especial atenção à momentos de emergências em saúde, quando direitos e avanços na assistência a saúde perinatal estão ainda mais fragilizados.

Sugere-se futuros estudos na área para complementar a compreensão da experiência das mulheres em uma amostra mais abrangente de mulheres.

REFERÊNCIAS

ACOG - THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS . Novel coronavirus 2019 (COVID-19). **Practice advisory. Summary of key updates (Dez 2020)** [Internet]. Washington (DC). ACOG; 2020.

AMORIM, Melania Maria Ramos *et al*. COVID-19 e Gravidez. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 337-353, 2021.

ANDREUCCI, Carla Betina; KNOBEL, Roxana. Social determinants of COVID-19-related maternal deaths in Brazil. **The Lancet Regional Health–Americas**, v. 3, 2021.

AYRES, Susan *et al.* The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. **Psychol Med.** V.46 , n. 6, p. 1121-134, 2016.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa, 2011.

BENINCASA, Miria. *et al.* Percepções de mulheres sobre o momento do parto e a assistência obstétrica recebida. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 4, p. 63-88, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Painéis de Monitoramento: Nascidos Vivos. 2023a

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Painéis de Monitoramento: Óbito Materno. 2023b

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL, O. D. M. **Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília: IPEA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSus Vol. 4 Humanização do parto e do nascimento.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19.** Brasília. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, Ana Carolina Avivantis; VIVIAN, Aline Groff. Maternidade e suas vicissitudes: A importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. **Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia.** do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, v. 6, p. 43-51, 2018.

CHEN, Dunjin. *et al.* Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 149, n. 2, p. 130-136, 2020.

CHERON, Cibele. *et al.* Um recorde lamentável: o número de mortes maternas por Covid-19 no Brasil e a violência obstétrica. In: COLOMBY Ricardo. Koch.; SALVAGNI, Julice.; CHERON, Cibele. **A Covid-19 em múltiplas perspectivas. Volume 3: saúde, psicologia e direitos humanos.** Goiânia: Espaço Acadêmico, 2020. p. 220-240, 2020.

CHISINI, Luiz Alexandre *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210013, 2021.

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Ofício Circular nº 02/2021. Brasília, 2021.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

DANTAS, Sibele Lima *et al.* Representações sociais de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre cuidado de enfermagem no pós-parto. **Cogitare enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.

DIAS, Marcos Augusto Bastos *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S169-S181, 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive health matters**, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018.

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

DOTTERS-KATZ, Sarah. K.; HUGHES, Brenna. L. Considerations for obstetric care during the COVID-19 pandemic. **American journal of perinatology**, v. 37, n. 8, p. 773, 2020.

FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA). **Covid 19: Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da covid-19 (Abr 2020)**. [Internet]. FEBRASGO, 2020.

FERREIRA, Graziani Izidoro *et al.* Participação de mulheres em grupos de apoio: contribuições para a experiência do parto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 4, 2018.

FIGO - OF GYNECOLOGY, International Federation *et al.* Mother-baby Friendly Birthing Facilities. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 128, n. 2, p. 95-99, 2015.

JARDIM, Mara Jullyete Arraes; SILVA, Andressa Arraes; FONSECA, Lena Maria Barros. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Rev Fund Care Online**. Vol 11 p 432-440. .2019.

LEAL, Maria do Carmo. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915-1928, 2018.

MARTÍNEZ-SALGADO, Carolina. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisa qualitativa em saúde. **Bosi MLM, Gastaldo D, organizators. Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: Fundamentos teóricometodológicos**. Petrópolis: Vozes, p. 170-201, 2021.

MASSUDA, Adriano *et al.* A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, p. 735-744, 2021.

MATVIENKO-SIKAR, Karen; MEEDYA, Shahla; RAVALDI, Claudia. Perinatal mental health during the COVID-19 pandemic. **Women and Birth**, v. 33, n. 4, p. 309-310, 2020.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 40, p. e20180233, 2019.

MIRANDA, Eglivani Felisberta; DA SILVA, Ana Maria Nunes; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 10, n. 2, p. 524-533, 2018.

OLZA, Ibone *et al.* Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. **BMJ open**, v. 8, n. 10, p. e020347, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030): Sobreviver, Prosperar, Transformar, 2016.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento *et al.* A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 42, 2021.

PAIZ, Janini Cristina *et al.* Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3041-3051, 2021.

PANDA, Sunita. *et al.* Women's views and experiences of maternity care during COVID-19 in Ireland: A qualitative descriptive study. **Midwifery**, v. 103, n. July, p. 103092, 2021.

PATTINSON, Robert *et al.* WHO maternal death and near-miss classifications. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, p. 734-734A, 2009.

PERZOW, Sarah ED *et al.* Mental health of pregnant and postpartum women in response to the COVID-19 pandemic. **Journal of affective disorders reports**, v. 4, p. 100123, 2021.

RÖNNERHAG, Maria *et al.* Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. **Nursing & health sciences**, v. 20, n. 3, p. 331-337, 2018.

SANDALL, Jane *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2016.

SANTOS, Debora de Souza. *et al.* Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. **Clinical Infectious Diseases**, 2020.

SCOTT, Kathryn D.; KLAUS, Phyllis H.; KLAUS, Marshall H. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. **Journal of women's health & gender-based medicine**, v. 8, n. 10, p. 1257-1264, 1999.

SILVA, Luana. Asturiano., *et al.* A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. **J Res. fundam. care online** v. 10, n.4 p. 1014-1019, 2018.

SILVA, Raimunda Magalhães da *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 10, p. 2783-2794, 2012.

SIQUEIRA JUNIOR, Djalma de *et al.* Trends in COVID-19 mortality and case-fatality rate in the State of Paraná, South Brazil: spatiotemporal analysis over one year of the Pandemic. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 3, p. 549-561, 2021.

SOUZA, João Paulo. 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.

STOFEL, Natalia Sevilha. *et al.* Perinatal care in the COVID-19 pandemic: Analysis of Brazilian guidelines and protocols. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 21, p. 89-98, 2021.

TAKEMOTO, Maira L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020.

TOSTES, Natalia Almeida.; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016 .

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira et al. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2021.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization, Geneva p. 212, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. World Health Organization Geneva, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of COVID-19 patients: living guidance, 25 January 2021**. World Health Organization. Geneva, p. 109, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. [Internet] Genebra, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience**. World Health Organization, 2022.

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inquérito Nascer e COVID-19

Pesquisador: Mariana Torreglosa Ruiz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45485921.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.649.652

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO, de 13/04/2021) e do Projeto Detalhado (Inquerito_Nascer_COVID.docx, de 13/04/2021).

Segundo as pesquisadoras:

INTRODUÇÃO:

"Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgados em meados do mês de março de 2021, apontavam mais de 132 milhões de casos de infecção pelo de infecção pelo SARS-CoV-2 (agente causador da COVID-19) e cerca de 2,9 milhões de óbitos (WHO, 2021). O vírus, detectado pela primeira vez na China, no final de dezembro de 2019, propagou-se globalmente e, em 11 de março, a OMS decretou a pandemia pela COVID-19 (Choi, Jeffers & Logsdon, 2020).

Neste contexto, ressalta-se que alterações fisiológicas da gestação predispõem gestantes a infecções virais e formas mais graves da COVID-19 (Poon et al., 2020; Whitehead & Walker, 2020), sendo consideradas grupo de risco para infecção e prioritário para assistência e testagem para a doença (Poon et al., 2020; Brasil, 2020).

O período gestacional é um estado imunológico único, particular, onde a gestante deve adquirir

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 4.649.652

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 ou CNS 510/16 e Norma Operacional 001/2013, a Coordenação do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação ad-referendum do protocolo de pesquisa proposto, situação no dia 14/04/2021.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado ad-referendum pela Coordenação do CEP-UFTM em 14/04/2021.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_1733416.pdf	13/04/2021 09:07:54		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Inqento_Nascer_COVID.docx	13/04/2021 09:08:39	Mariana Tomeglosa Ruiz	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/04/2021 09:08:07	Mariana Tomeglosa Ruiz	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/04/2021 17:15:40	Mariana Tomeglosa Ruiz	Acelto
Outros	TCLE_juizes.pdf	08/04/2021 17:15:29	Mariana Tomeglosa Ruiz	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	08/04/2021 17:15:09	Mariana Tomeglosa Ruiz	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia CEP: 38.025-440
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3793-6903 E-mail: cep@uftm.edu.br

Página 12 de 14



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 4.649.652

UBERABA, 14 de Abril de 2021

Assinado por:
Daniel Fernando Bevilenta Ovigli
(Coordenador(a))



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas coletivas de cuidado perinatal.

Pesquisador: Jamile Claro de Castro Bussadori

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42901520.4.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.573.573

Apresentação do Projeto:

O cuidado perinatal se constitui um dos mais importantes e difundidos serviços de atenção à saúde no mundo para se evitar a morbimortalidade materna e neonatal, dado seu potencial de impactar positivamente na saúde da mulher durante a gravidez e em seu curso de vida subsequente e de seus filhos. O modelo de cuidado perinatal que considera práticas coletivas de cuidado, como grupos de apoio e pré-natal coletivo, por combinar aspectos convencionais da avaliação pré-natal com o compartilhamento de informações, e tem sido apontado como uma estratégia para a melhoria da qualidade de atenção às mulheres. **Objetivo:** Analisar o alcance e limites das práticas coletivas no cuidado perinatal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de enfoque qualitativo, que utilizará entrevistas semiabertas, via encontro online. Para captação dos profissionais de saúde e mulheres que vivenciaram práticas coletivas no cuidado perinatal, será divulgado em mídias sociais pelas pesquisadoras e em Casas de Parto e Maternidade em todo o país. As entrevistas serão gravadas na plataforma e transcritas. Os dados serão analisados segundo Análise de Conteúdo Temática. **Resultados esperados:** Acredita-se que os resultados deste estudo, possam proporcionar importantes reflexões a cerca de estratégias de implementação futuras do modelo de cuidado perinatal que vise práticas coletiva, bem como seja repensado o modelo de atendimento às mulheres na gestação, para além de procedimentos técnicos, visando que a mulher esteja no centro do cuidado e tenha experiências positivas na gestação, parto e pós-parto.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 4.573.573

Objetivo da Pesquisa:

Analisar alcances e limites das práticas coletivas no cuidado perinatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras apresentaram os seguintes riscos:

"Mulheres: prospectamos que durante a entrevista, possa haver desconforto ou mobilização emocional pelo conteúdo de algumas perguntas.

Profissionais de saúde: Durante a entrevista, pode haver desconforto ou mobilização emocional pelo conteúdo de algumas perguntas"

Benefícios:

"Mulheres: ato de narrar sobre suas experiências é oportunidade de revisita-las e talvez vir repensar questões. Possibilitando experiências mais positivas em outras gestações.

Profissionais de saúde: O benefício está relacionado à promoção de visibilidade das práticas coletivas de pré-natal e melhoria da atenção à saúde materno-infantil no Brasil. Ainda, o próprio ato de narrar sobre suas experiências é oportunidade de revisita-las e talvez vir repensar questões. Assim, este estudo poderá trazer benefícios para o profissional, além de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde e contribuir com a melhoria da atenção à saúde materno-infantil no Brasil."

PARECER:

Os riscos e benefícios vão ao encontro do escopo do presente estudo. Somado a isso, fazendo a análise de viabilidade, é possível identificar que as pesquisadoras atendem à resolução 510/16 no que diz respeito aos riscos e benefícios apresentados no desenvolvimento da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram os seguintes documentos para apreciação ética:

- . PB com informações básicas do projeto de pesquisa;
- . Folha de rosto assinada pela diretoria de centro;
- . TCLE a ser aplicado às mulheres que participarão da pesquisa;
- . TCLE a ser aplicado aos profissionais de saúde que participarão da pesquisa;
- . Projeto de pesquisa na íntegra.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.573.573

Os documentos apresentados foram suficientes para a apreciação ética da pesquisa e estão em consonância com as legislações vigentes no país no que tange ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

Recomendações:

APROVAÇÃO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO sem maiores considerações

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1680617.pdf	28/01/2021 18:23:16		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	28/01/2021 18:22:21	Jamile Claro de Castro Bussadori	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MulherPCCP_V2.docx	28/01/2021 18:21:01	Jamile Claro de Castro Bussadori	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_profissionalPCCP_V2.docx	28/01/2021 18:20:13	Jamile Claro de Castro Bussadori	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.573.573

Justificativa de Ausência	TCLE_profissionalPCCP_V2.docx	28/01/2021 18:20:13	Jamile Claro de Castro Bussadori	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PraticasColetivas_Perinatal.pdf	23/12/2020 14:02:14	Jamile Claro de Castro Bussadori	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 04 de Março de 2021

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

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICE 1 – CONVITE ON-LINE

Você se tornou mãe, ficou ou está grávida durante a pandemia pela COVID-19?

Se sim, venha fazer parte da pesquisa que irá investigar a percepção das mulheres sobre o atendimento durante a gravidez, no parto, e no período pós-parto durante a pandemia!

Sua participação é muito importante e irá contribuir para melhorar a qualidade do atendimento em saúde para futuras gestantes e mães.

VENHA PARTICIPAR!



Ficou interessada? Entre em contato com
Julia (19 992142523), **Patricia** (16 992088330) ou
Natália (17 997470189)



APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)

Convidamos você a participar da pesquisa “Cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério durante pandemia pela Covid-19: percepção das mulheres”, que tem como objetivo compreender como está sendo a experiência das mulheres durante a Pandemia da COVID-19, no pré-natal, parto e pós-parto. Para isso, gostaria de realizar uma entrevista em ambiente virtual através da plataforma Google Meet, com duração de aproximadamente 30-60 minutos, dependendo da sua demanda para maior ou menor tempo de respostas. Utilizaremos a seguinte questão disparadora “Conte-me como foi sua experiência no pré-natal, parto e após o parto, durante a pandemia da COVID-19”.

Além da entrevista gostaria que você respondesse um questionário online de caracterização breve, com duração de aproximadamente 15 minutos. Para participar será necessário agendar entrevista. O pesquisador gerará um link do Google Meet® e enviará com antecedência de 15 minutos. A entrevista será gravada (voz e vídeo) e a pesquisadora utilizará um roteiro validado com perguntas a respeito da sua vivência de estar gestante durante a pandemia. O tempo de entrevista poderá variar de 30 a 60 minutos, dependendo da sua demanda para maior ou menor tempo de respostas. Para que não percam nenhuma informação, seu áudio e imagem serão gravados. Após a transcrição será apagado arquivo com a entrevista. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, suas informações serão coletadas, no entanto elas são confidenciais, e apenas as pesquisadoras terão acesso, além disso, seus dados não serão divulgados, e você será identificada com um nome falso se necessário. Não existem benefícios diretos relacionados à participação na pesquisa. Não existem riscos para a sua saúde física, mas algumas pessoas podem se sentir emocionalmente desconfortáveis com os temas da entrevista. Assim, você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Como possível desconforto de sua participação, citamos que suas informações podem ser identificadas por terceiros, mas para que isso não ocorra, substituiremos seu nome por códigos, assim, somente os pesquisadores conhecerão sua identidade. Caso haja na sua fala, detalhes que o caracterizem, serão retirados, com seu consentimento. Espera-se que sua participação nesta pesquisa nos ajude a evidenciar o modelo de cuidado oferecido às mulheres durante a pandemia. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido, bastando você dizer ao pesquisador que lhe enviou este documento. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa. Você não será identificada neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo.

Caso você aceite participar desta pesquisa, assinale a alternativa 1 – li e aceito e será direcionado para o agendamento da entrevista, através do formulário on-line. Caso não aceite, assinale a alternativa 2, e encerraremos a pesquisa com você.

Esta pesquisa faz parte de dois estudos maiores chamado "Inquérito Nascer e COVID-19" da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGEnf - UFSCar) e "Práticas Coletivas" da UFSCar. Você terá uma via deste documento, que traz os contatos da entrevistadora, das coordenadoras das pesquisas e do Comitês de ética em pesquisa, para o caso de você desejar comunicar alguma insatisfação ao Comitê. É importante que você salve sua via do documento online.

Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Equipe responsável:

Coordenadora Geral Inquérito Nascer e COVID-19

Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz

Endereço: Praça Manoel Terra ,330, Campus I

Email:marianatorreglosa@hotmail.com

Telefone/Celular: (34) 3318-6416

Esta pesquisa foi aprovada e registrado sob o Parecer nº 4.649.652 (CAAE: 45485921.0.0000.5154) pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados.

Coordenadora da Pesquisa Práticas Coletivas da UFSCar:

Profa Dra Jamile Claro de Castro Bussadori

Endereço: Rod Washington Luiz, KM 235, São Carlos.

Tel: (16) 997559004 - e-mail: jamile@ufscar.br

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar e está registrado sob o Parecer nº 4.573.573, que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro OU Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar.

O CEP-UFTM funciona no endereço Av.Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia. Cep: 38025-44 - Uberaba-MG - Email: cep@uftm.edu.br. Telefone (34) 3700-6803. Horários de atendimento : de segunda a sexta-feira, das 08:00 as 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar

Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil.

Fone (16) 3351-9685- e-mail: cephumanos@ufscar.br.

Link Google Forms® para assinatura *on-line* do temo (<https://forms.gle/Dqgrs7MdyHTCTsX36>)

APÊNDICE 3 – CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

Caracterização da participante

1. Idade em anos completos

2. Cor autorreferida (*marcar apenas uma opção*)

- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena
- ☐ Branca
- ☐ Outras
- ☐ Prefiro não responder

3. Escolaridade (*marcar apenas uma opção*)

- ☐ Sem instrução
- ☐ Ensino Fundamental incompleto
- ☐ Ensino Fundamental completo
- ☐ Ensino Médio incompleto
- ☐ Ensino Médio completo
- ☐ Ensino Superior incompleto
- ☐ Ensino Superior completo
- ☐ Pós-graduação

4. Ocupação (*marcar apenas uma opção*)

- ☐ Trabalho remunerado fora do lar
- ☐ Não realiza trabalho remunerado fora do lar

5. Renda familiar aproximada em salários-mínimos

6. Estado civil (*marcar apenas uma opção*)

- ☐ Solteira
- ☐ Casada/União estável
- ☐ Divorciada
- ☐ Outros
- ☐ Prefiro não responder

7. Você se considera (*marcar apenas uma opção*)

- ☐ Mulher cis (pessoa que foi atribuído sexo feminino ao nascer e se identifica como gênero feminino)
- ☐ Homens trans (pessoa que foi atribuído sexo feminino ao nascer e se identifica como gênero masculino)
- ☐ Outros
- ☐ Prefiro não responder

Caracterização Obstétrica (Informações sobre a gestação atual, ou sua última gestação, no período da Pandemia da COVID-19.)

8. Gestante ou Puérpera? (No momento, você está gestante ou está no período pós-parto?) (*marcar apenas uma opção*)

- ☐ Gestante
- ☐ Puérpera (pessoa no pós-parto)

9. Número de gestações (Quantas gestações você teve durante a sua vida, incluindo abortos?)

10. Número de partos

11. Número de abortos

12. Sua gestação atual ou última gestação, foi planejada? (*marcar apenas uma opção*)

- ☐ Planejada
 - ☐ Não Planejada
- 13.** Você realizou pré-natal? *(marcar apenas uma opção)*
- ☐ 1 a 3 consultas
 - ☐ 4 a 6 consultas
 - ☐ 6 ou mais consultas
 - ☐ Não realizei
- 14.** Você teve alguma intercorrência na sua gestação atual ou última gestação? *(marcar apenas uma opção)*
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 15.** Se você teve alguma intercorrência na gestação, qual foi?
- 16.** O tipo de assistência que você recebeu no Pré-Natal foi *(marcar apenas uma opção)*
- ☐ Pública (SUS)
 - ☐ Privada (Planos de Saúde, Particular)
 - ☐ Mista (Pública e Privada)
- 17.** Durante o seu Pré-Natal, você recebeu alguma informação ou apoio relacionado a pandemia da COVID-19? Se recebeu, por favor, descreva como foi
- 18.** Por favor liste os temas que foram abordados com você durante o seu Pré-natal *(marque todas que se aplicam)*
- ☐ Intercorrências mais comuns da gestação (como náusea, vômitos, inchaços) e como lidar com eles
 - ☐ Sinais de alerta para se atentar durante a gestação
 - ☐ Alimentação saudável
 - ☐ Exercícios físicos para gestantes
 - ☐ Alterações normais que ocorrem com o corpo da mulher
 - ☐ Alterações emocionais que podem ocorrer durante a gestação
 - ☐ Inclusão da parceria de sua escolha nas consultas
 - ☐ Apoio familiar
 - ☐ Preparo e planejamento para o parto
 - ☐ Construção de um plano de parto
 - ☐ Informações sobre o pós-parto
 - ☐ Informações e preparo para amamentação
 - ☐ Cuidados com o recém-nascido
 - ☐ Espaço aberto e disposição para tirar suas dúvidas
- 19.** Tipo de parto *(marcar apenas uma opção)*
- ☐ Vaginal
 - ☐ Instrumental (fórceps ou vácuo-extrator)
 - ☐ Cesárea
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 20.** Se o seu parto foi Vaginal ou Instrumental, foi realizado episiotomia durante o seu parto? (corte realizado na lateral da vagina pelo médico) *(marcar apenas uma opção)*
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 21.** No caso de parto Vaginal ou Instrumental, seu parto foi induzido ou você entrou em trabalho de parto espontâneo? (se você teve uma cesárea, vá para a próxima pergunta) *(marcar apenas uma opção)*
- ☐ Induzido
 - ☐ Espontâneo
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 22.** No caso de cesárea, sua cesárea foi agendada por sua escolha (eletiva) ou indicada pelo médico? *(marcar apenas uma opção)*

- ☐ Eletiva
 - ☐ Indicada pelo médico
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 23. Profissional que atendeu ao parto (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ Médico
 - ☐ Enfermeira Obstetra ou Obstetriz
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 24. O tipo de assistência que você recebeu no parto foi (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ Pública (SUS)
 - ☐ Privada (Plano de Saúde, Particular)
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 25. Durante seu trabalho de parto e parto foram ofertados métodos de alívio não farmacológico para dor (como massagens, banho relaxante, aromaterapia, compressas mornas e outros) (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não entrei em trabalho de parto
 - ☐ Não sei se foram ofertados
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 26. Você teve acompanhante durante o trabalho de parto e parto ou cesárea? (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Se você ainda está gestante marque essa opção
- 27. Você teve alguma intercorrência no parto ou no pós-parto? (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 28. Se sua resposta anterior foi SIM, qual intercorrência você teve no parto ou no pós-parto?
- 29. Você teve contato pele a pele com seu bebê na primeira hora de vida? (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 30. Se você teve contato pele a pele, como você caracteriza essa experiência em termos de tempo de contato ofertado para vocês? Sendo 1. (pouco tempo) até 5. (tempo satisfatório, por quanto tempo você quis) (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
- 31. Seu bebê foi colocado para sugar o seio na primeira hora de vida? (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Se você ainda está gestante, por favor marque essa opção.
- 32. Se o seu bebê foi colocado para sugar o seio materno na primeira hora de vida, como você caracteriza essa experiência em termos de tempo dado para vocês viverem essa experiência? Sendo 1. (pouco tempo) até 5. (tempo satisfatório, por quanto tempo você quis) (*marcar apenas uma opção*)
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3

- ☐ 4
- ☐ 5

33. Quanto tempo (em dias) durou sua internação para ter seu bebê? Desde o dia em que você chegou, até a alta com seu bebê (se você está gestante vá para a próxima pergunta)

34. Você teve COVID-19 durante a gestação, ou depois que seu bebê nasceu? *(marcar apenas uma opção)*

- ☐ Sim
- ☐ Não

35. Se sua resposta anterior foi SIM, você estava... *(marcar apenas uma opção)*

- ☐ Gestante
- ☐ Detectou no parto
- ☐ Já estava no pós-parto