



MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR PRIMÍPARAS EM  
RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRESTADA NO TRABALHO DE  
PARTO E PARTO**

CAMILA LUCCHESI VERONESI

GOIÂNIA – GO  
2012



MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR PRIMÍPARAS EM  
RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRESTADA NO TRABALHO DE  
PARTO E PARTO**

CAMILA LUCCHESI VERONESI

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Nivaldo dos Santos.

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Roselma Lucchese.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

GOIÂNIA – GO  
2012

V549e Veronesi, Camila Lucchese.

Experiências vivenciadas por primíparas em relação à assistência prestada no trabalho de parto e parto [manuscrito] / Camila Lucchese Veronesi. – 2012.  
136 f. : il. figs.

Bibliografia: f. [114]-122

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2011.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo dos Santos.

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roselma Lucchese.

Inclui lista de figuras, quadros, tabelas, siglas,

Inclui Apêndice.

1. Parto humanizado. 2. Saúde pública. 3. Atenção à saúde. 4. Parto – trabalho – assistência – saúde pública. I. Título.

CDU: 618.4:614(043.3)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: VERONESI, Camila Lucchese

Título: Experiências Vivenciadas por Primíparas em Relação à Assistência Prestada no Trabalho de Parto e Parto.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nivaldo dos Santos

Instituição: PUC-Goiás (Orientador/Presidente)

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roselma Lucchese

Instituição: UFG (Co-Orientador)

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eline Jonas

Instituição: PUC-Goiás (Membro)

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edsaura Maria Pereira

Instituição: UFG (Membro Externo)

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maira Barberi

Instituição: PUC-Goiás (Suplente)

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Dedico à conquista que este estudo representa para minha filha Ana Laura que tem apenas um ano e dois meses, mas foi capaz de me ensinar o mais divino dos sentimentos: o amor incondicional.

Para você minha filha que se demonstra sempre desafiadora, carinhosa e corajosa, dedico este estudo em agradecimento por fazer parte de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente eu agradeço a Deus, que sempre se demonstrou Pai e Protetor quando me ofereceu família e amigos que completam o meu dia e me fazem sempre mais feliz.

Ao meu esposo Paulo Ramos da Silva, agradeço por ser companheiro e estar sempre ao meu lado, incentivando para que eu não desistisse mesmo nos momentos difíceis. Obrigada pela paciência.

Com carinho agradeço a meu Pai Ivan Pedro Martins Veronesi que foi e sempre será meu exemplo de vida e dignidade. Quando olho para seus olhos percebo que sua alma é bela e refletida em sua mansidão, obrigada pai por existir e ser exatamente como és, bom e humano, carregado de sentimentos nobres e da maior beleza de um homem, o seu exemplo de trabalho.

A minha mãe Lea Lucchese Veronesi agradeço por ter me repassado valores que somente existem nos corações nobres de mulheres guerreiras e fortes, que em nome da felicidade de sua família são capazes de remover céus e terras. Sei que nem sempre tenho a oportunidade de lhe dizer o quanto lhe admiro, mas agora gostaria de falar “te amo” e “obrigada”.

Ao meu irmão Ricardo Lucchese Veronesi, por ser um ser humano de rara inteligência e, mesmo longe estar tão perto de minha vida e do meu coração.

Para minha sogra Maria Célia Vidal por ser amiga e estar sempre zelando pela felicidade de minha família e, especialmente, pelo amor e o carinho dispensados. Gostaria que a senhora tivesse a certeza de meu amor e respeito pela pessoa maravilhosa que sempre foi.

Aos cunhados Caio e Aline pelo companheirismo, auxílio e incentivo, me fazendo sempre acreditar que eu tinha forças para continuar na longa jornada acadêmica. Vocês são meus irmãos do coração.

Com sentimento de gratidão e respeito agradeço aos professores e colegas de trabalho do Curso de Enfermagem da UFMT que sempre

estiveram ao meu lado, incentivando para que eu continuasse mesmo com as dificuldades do cotidiano. A cada um de vocês agradeço com o coração embevecido do mais puro sentimento de amizade.

Em demonstração de respeito e admiração agradeço a professora Roselma Lucchese por ser um manancial de conhecimento e por ser célula produtiva e participativa no desenvolvimento deste estudo. O sucesso alcançado com este trabalho tem a sua orientação, zelo e comprometimento.

Aos professores do curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC Goiás, de forma especial ao meu orientador Prof. Nivaldo dos Santos, que esteve ao meu lado, por sua postura ética, paciência e serenidade me incentivando para não desistir.

Aos meus companheiros de jornada Débora Santos, Maraisa Delmut Borges e Roberto Ramalho, por ter ao meu lado passado por dificuldades, mas, vencido as dificuldades com o elo que fortalece as grandes amizades vencemos. Sempre carregarei vocês “do lado esquerdo do meu peito”.

Agradeço de forma especial para todas as mulheres que fizeram parte deste estudo e que me ofereceram mais do que um relato de experiência, mas um relato de vivência e do amor mais belo de todos, “o amor de mãe”.

*Nada é impossível de mudar*

*Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que  
é de hábito como coisa natural, pois em tempo  
de desordem sangrenta, de confusão  
organizada, de arbitrariedade consciente, de  
humanidade desumanizada, nada deve parecer  
natural nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertold Brecht



## RESUMO

O avanço do tratamento para as puérperas primíparas na saúde pública está diretamente relacionado com a forma de acolhimento e o processo de humanização, que vem sendo apregoado pelo Ministério da Saúde e o SUS – Sistema Único de Saúde há mais de três décadas. Assim, ao desenvolver este estudo o objetivo geral foi conhecer a assistência ao trabalho de parto e parto vivenciada por primíparas em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde. Para o alcance do objetivo foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O público alvo da pesquisa foi composto por um grupo de 11 (onze) puérperas primíparas residentes no Município de Fernandópolis - São Paulo, que concordaram em participar como sujeitos da pesquisa. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de pesquisa documental, roteiro de entrevista e diário de campo, além de um gravador digital de voz para a gravação das entrevistadas, sendo que a análise dos dados empíricos foi norteadada pela análise de conteúdo temático. Após a coleta e análise dos dados emergiram três categorias: ser cuidada; 'des'cuidadas, 'des'umanização e experiência do primeiro parto. Com os dados coletados foi observado que as primíparas que formaram o grupo de sujeitos da pesquisa, sentiram-se em diversos momentos subjugadas a sua condição de inferioridade imposta pelo gênero, foi tratado o poder médico como um instrumento de coerção para com as pacientes, com formas de violência física, psicológica e moral no trabalho de parto e parto. Observou-se ainda que as estagiárias do curso de Enfermagem demonstraram maior carinho e respeito pelas gestantes, tratando-as com carinho no pré-natal, no trabalho de parto e parto. Considerou-se ainda, que as primíparas não são orientadas pelos médicos ou enfermeiros para o seu importante papel no momento do nascimento, que é a fazer força para expelir o feto, bem como, não são preparadas para sentir dor e reconhecer o momento de início do trabalho de parto. Por fim, a consideração final é que não existe comunicação entre os médicos e enfermeiros e as pacientes o que torna o trabalho de parto e parto mais difícil, sendo importante que haja um processo de humanização e acolhimento destas primíparas, para que este importante momento de suas vidas não seja envolto pelo medo e a solidão.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Acolhimento. Trabalho de Parto. Atenção à saúde.

## **ABSTRACT**

The advancement in the treatment of puerperal primiparous in public health is directly related to the reception and the humanization process, that has been proclaimed by Ministry of Health and SUS – Unque Health System for the past three decades. Thus, when developing this study the general objective was to acknowledge the assistance in labor and child birth experienced by primiparous related to the care given by the health team. To reach this objective it was realized a descriptive exploratory research with descriptive approach. The target public of the research was composed by a group of 11 (eleven) puerperal primiparous living in the City of Fernandópolis – São Paulo, that agreed to participate as subjects to the research. A documental research guide, an interview guide and field diary, and yet a digital voice recorder for the interviews were used as data collection instrument, being that the analysis of the empirical data was directed by the analysis of thematic content. After the collection and analysis of data emerged three categories: to be cared; care'less', 'de'humanization and the experience of the first labor. With the collected data was observed that the primiparous that formed the group subject to the research felt in different moments subjugated to the condition of inferiority imposed to their gender, were treated by the medical power as instrument of coercion over the patients, in ways of physical, psychological and moral violence in labor and child-birth. It was observed that the trainees of the Nursing course showed greater care and respect towards the pregnant women, treating them with care in the pre-natal, labor and child birth. It was considered still, that the primiparous are not oriented by the doctors or nurses to their important role in the moment of the child birth, which is to apply force to expel the fetus, as well as, are no prepared to feel pain and recognize the moment when labor begins. Finally, the final consideration is that there is not communication between the doctors and nurses and the patients which makes the labor and the child birth more difficult, being important the existence of a humanization process and the reception of this primiparous, in order to grant that this important moment in their lives shall not me covered in fear and loneliness.

Key words: Humanization. Host. Labor. Childbirth. Primiparous.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	12
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	13
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	14
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	15
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO I</b> .....	22
<b>PERCURSO TEÓRICO</b> .....	22
1.1 Humanização da Atenção à Saúde da Mulher, ao Parto e Nascimento .....	22
1.2 Poder Disciplinar, Biopoder e Relações de Gênero .....	36
1.3 Poder Médico e Opressão de Gênero .....	42
1.4 Vulnerabilidade e Autonomia .....	45
<b>CAPÍTULO II</b> .....	53
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	53
2.1 Abordagem e Tipo de Pesquisa .....	53
2.2 Sujeitos Envolvidos .....	53
2.3 Cenário da Pesquisa .....	54
2.4 Instrumentos de Coleta de Dados .....	57
2.5 Passos Iniciais, Aproximação dos Sujeitos e o Estar por Meio do Encontro .....	58
2.6 O Processo de Análise dos Dados .....	60
2.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa .....	62
<b>CAPÍTULO III</b> .....	63
<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	63
3.1 Caracterização dos Sujeitos .....	63
3.2 Apresentação e Discussão das Categorias .....	68
3.2.1 Ser cuidada .....	70
3.2.1.1 Os cuidados humanizados .....	70
3.2.1.2. A expectativa de ser cuidada .....	80
3.2.2 'Des' cuidadas, 'Des'umanização .....	85

3.2.3 A Experiência do Primeiro Parto .....	95
3.2.3.1 O parto normal .....	95
3.2.3.2. Vulnerabilidade .....	100
3.2.3.3. Autonomia .....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	111
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115
<b>APÊNDICE</b> .....	124
APÊNDICE A – ROTEIRO PESQUISA DOCUMENTAL .....	124
APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS – SP .....	125
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS – SP .....	126
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	127
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	129
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO .....	131
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE .....	132

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Categorias e subcategorias emergidas do processo de análise dos dados empíricos da pesquisa. Interior do Estado de São Paulo, 2011 .....	68
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Caracterização das puérperas. Fernandópolis-SP, 2011 .....	63
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição das entrevistadas, segundo a escolaridade. Fernandópolis-SP, 2011.....	66
<b>Tabela 2:</b> Distribuição das entrevistas, de acordo com a renda familiar. Fernandópolis-SP, 2011.....	67
<b>Tabela 3:</b> Frequência e percentagem das unidades de registro que compõem as categorias que emergiram do processo de análise. Fernandópolis-SP, 2011.....	69

## LISTA DE SIGLAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidade
CADIP	Centro de Atendimento às Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPN	Centro de Parto Normal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETEC	Escola Técnica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IACOR	Instituto Avançado de Doenças Cardiovasculares
IES	Instituição de Educação Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PN/ AISM	Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PUC	Pontifícia Universidade Católica
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## INTRODUÇÃO

A consciência de que o período de gestação é essencial para que a mulher tenha um bom trabalho de parto e parto ou processo parturitivo e assegure, inclusive a saúde do bebê deveria orientar as ações dos profissionais da saúde, com ênfase aqueles que atuam na enfermagem.

Neste sentido, considera-se que as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) são no sentido de ofertar às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) atendimento humanizado com especial relevo para a atuação dos profissionais da saúde junto à mulher no período de gestação, e parturição. Esta nova visão sobre a mulher aponta para um estágio de valorização ética na saúde pública e, de preservação dos direitos das gestantes enquanto cidadãs (BRASIL, 2002).

No decorrer deste trabalho apontou-se que a atuação profissional junto à mulher, especificamente diante do trabalho de parto e do parto, que privilegie uma postura de oferecimento de apoio, também no aspecto emocional, procurando entendê-la e proporcionar-lhe um cuidado humanizado.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) e do MS (BRASIL, 2001a) a humanização ocorre a partir de ações como o respeito à permanência de acompanhante/familiar durante o trabalho de parto e parto, e a liberdade de adoção de posições durante o período citado. Estas organizações não apoiam ações como a imposição de procedimentos a serem realizados na parturiente sem prévia explicação e autorização para a realização do mesmo; privação da nutrição ou hidratação por via oral; além do abandono e desvalorização das queixas destas mulheres neste período, muitas vezes, novo e esperado por elas.

Se faz importante considerar o entendimento de Tornquist (2003) de que a humanização não abrange somente ações subjetivas, mas permite propostas de aplicação de técnicas que possibilitem a redução da dor das gestantes, como anteriormente comentado.

As orientações estabelecidas pela OMS e MS se originaram de lutas e conquistas das mulheres no transcorrer da história da humanidade. É também fruto de lutas vivenciadas pelas mulheres pela sua emancipação, ainda em construção, sobretudo na sociedade brasileira (SAFFIOTI, 1987).

Na interpretação de Domingues, Santos e Leal (2004) é imprescindível que os profissionais da saúde possa compreender a importância do estado fragilizado da mulher no momento do parto. Assim, considerando este um evento marcante e único em sua vida e de suas famílias.

Considera-se que o parto é mais do que um simples evento biológico, mas um momento de transição na vida das gestantes em que passam a desempenhar o papel de “mulher” e de “mãe”. Isto ocorre porque muito embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ou cultura ele é tratado de forma apenas fisiológica. Pois trata-se de um evento biopsicossocial, envolvido em valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.

A gestação tem características de exclusividade a cada ocorrência e, segundo Tedesco *et al.*:

A gestação representa período único e especial na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. Esse fato aflora nas primigestas, especialmente no que se relaciona ao momento do parto (TEDESCO *et al.*, 2004, p.791).

Neste sentido, as ações de humanização da atenção ao parto configuram-se como uma ocasião complexa, em que os mecanismos fisiológicos e psíquicos afetivos estão mobilizados, requerendo uma atenção integral por parte de gestores e profissionais de saúde.

Desse modo, compreende-se que os profissionais da saúde, especificamente, da enfermagem executam papel de mediadores entre o que preconiza o Ministério da Saúde e o que disponibiliza ou necessita cada comunidade, fazendo um trabalho de harmonizar necessidade e capacidade, com a redução da morbidade e mortalidade das gestantes e dos recém nascidos.

Compreende que a relação com a parturiente deve ser de amizade, carinho e compreensão, cabendo ao profissional da saúde desempenhar um trabalho a partir de ações de respeito e solidariedade junto a dor da paciente. Necessitando assim, atender de forma humanizada e humanizadora as futuras mães na maternidade, mesmo com a carência material da instituição, tentando equilibrar a disponibilidade dos recursos com a necessidade das gestantes (FIALHO, 2008).

Este processo de humanização permite a construção social do feminino na comunidade, influenciando diretamente na atenção à saúde da mulher, inclusive no momento do parto. Considera-se ainda que a prática de assistência ao parto no Brasil está sob a responsabilidade do Estado e das instituições de saúde.

Para Ferreira (2010), humanização significa tornar-se humano, isto significa dizer humanar-se. Tornar benévolo, afável, tratável e humano. Fazer adquirir hábitos sociais polidos e civilizar-se.

Neste sentido, cabe salientar que a OMS (1996) apontou que a gestante nos momentos que compreendem antes, durante e depois do parto não pode sofrer qualquer forma de agressão, nem mesmo seus direitos podem ser tolhidos, como é o caso do direito a não ser submetida a torturas e maus-tratos; à saúde e a proteção; à privacidade; à informação e a educação; à liberdade de pensamento; à liberdade e a segurança pessoal e, principalmente, o direito à vida.

Não cabem assim, por parte dos componentes da equipe de saúde, ações que usam de “poder” e palavras vis, com o intuito de aproveitarem-se da fragilidade da mulher no momento do parto, que significa dispensar agressões verbais capazes de ofender ou desestruturar emocional e psicologicamente a gestante.

Por outro lado, vive-se em um contexto em que atenção à saúde da mulher vem sendo influenciada pelas tecnologias de poder, que na avaliação de Carvalho e Gastaldo (2008), foram desenvolvidas com intuito de disciplinar, transformar e “melhorar” os seres humanos, e constituem em última instância processos de subjetivação.

Neste sentido, apresentam-se importantes hipóteses acerca da mulher enquanto gestante, por meio dos seguintes questionamentos: Como se apresenta a condição de vulnerabilidade da mulher diante das transformações históricas e relação de poder nas instituições de saúde? Quais seriam os determinantes que protegem ou não a mulher na sua condição de parturiente?

Entende-se por vulnerabilidade uma condição de menor resistência às contrariedades e agressões, podendo ser definitiva ou temporária; imediata ou diferida e generalizada ou limitada a um determinado setor, implicando também a existência de fatores de risco. Desse modo, tem-se que ao aumento dos fatores de risco, ocorre maior processo de vulnerabilidade (VIEIRA, 2010).

Diante da complexidade que envolve o momento do parto e o elevado índice de gestantes admitidas diariamente nos hospitais brasileiros, bem como a observação do déficit de orientação e humanização que estas se encontram, justifica-se a investigação das relações que se estabelecem entre as parturientes e os profissionais de saúde em um hospital geral filantrópico.

Conforme Pinto *et al.* (2005) em um estudo realizado em Teresópolis-RJ, com o objetivo de caracterizar as mulheres em relação às condições sociais e à atenção à gestação, observou-se que dentre as adolescentes grávidas, 72,7% encontravam-se na primeira gestação, enquanto apenas 31,9% das gestantes não adolescentes aguardavam seu primeiro filho.

Este estudo tratou da necessidade de observar e descrever a experiência vivida por gestantes, com análises sobre a relação paciente-profissional de saúde e o contexto que envolve esta discussão sobre o tema, além de avaliar os fatores que envolvem a humanização do trabalho de parto e parto.

Neste contexto, considera-se que a problemática que permeia o processo de parturição, com ênfase aos casos de primigestas, levaram a delimitar como objeto de estudo a experiência de mulheres primíparas em

relação à assistência ao trabalho de parto e parto. Sendo assim, este estudo se direcionou a partir das seguintes questões norteadoras:

- Como é a experiência do processo parturitivo vivenciado por parturientes primíparas e a qualidade da assistência recebida?
- O ambiente experimentado por estas parturientes favorece a experiência na parturição?
- Como se configura a assistência prestada no processo de parturição, sob a ótica dessas mulheres?

A partir dos objetivos traçados tem-se a compreensão de que o presente estudo tem como foco a atenção ao trabalho de parto e parto de uma população feminina específica, que são as primigestas. Sendo que de acordo com Rezende (2005), primigesta é a mulher grávida pela primeira vez.

Diante do exposto o estudo teve como objetivo: “conhecer a assistência ao trabalho de parto e parto vivenciada por primíparas em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde”.

E como objetivos específicos foram apresentados:

- Descrever a experiência vivida por puérperas primíparas durante o trabalho de parto e parto;
- Descrever o contexto vivenciado pelas puérperas primíparas durante o trabalho de parto e parto quanto ao acolhimento e autonomia da parturiente;
- Identificar a relação paciente-equipe de saúde na assistência ao trabalho de parto e parto na visão da primípara;
- Discutir a assistência no trabalho de parto e parto em relação aos aspectos da humanização desta assistência.

Os benefícios com o desenvolvimento deste estudo serão a contribuição para a melhoria do atendimento à parturiente no ambiente hospitalar, descartando o uso do “poder abusivo” pelos profissionais de

saúde e aplicando os princípios da humanização do cuidado. Estes ganhos, possivelmente alcançados poderão refletir na melhoria do cuidado à saúde da mulher inclusive na atenção primária, pois o resultado deste estudo será divulgado à comunidade acadêmica, às autoridades sanitárias de Fernandópolis-SP, profissionais da área da saúde por meio de produções científicas.

## CAPÍTULO I

### PERCURSO TEÓRICO

#### 1.1 Humanização da Atenção à Saúde da Mulher, ao Parto e Nascimento

O processo de humanização aponta para a valorização do ser humano no âmbito da saúde, resgatando a dignidade do paciente, a partir de um tratamento que restaure a relação humana com os profissionais da saúde. Neste sentido, a humanização ganha conotação de tornar humano ou ter ações de carinho e respeito entre estes profissionais e seus pacientes.

Segundo Brasil (2001b) humanizar é o processo de aceitação de todos os seres humanos quanto à necessidade de cuidados com outrem, ou ainda:

Humanizar é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (BRASIL, 2001b, p.52).

Com base nos preceitos da humanização na saúde, pode-se entender como a garantia da palavra e a sua dignidade ética, demonstrando que comunicação e humanização são parceiras, pois para o desenvolvimento desta ação é necessário desenvolver capacidades como a escuta, fala, e diálogo com os semelhantes.

A luz do entendimento de Domingos, Santos e Leal (2004) e Honga *et al.* (2002) analisa-se que a atenção de qualidade definida pelas mulheres entrevistadas foi aquela que envolveu ações provedoras das relações interpessoais entre elas e a equipe de saúde. A comunicação, o relacionamento interpessoal e a presença ou não de um profissional durante maior parte do tempo de trabalho de parto e parto. Assim, resultou

em avaliações positivas quanto à atenção recebida, o que se encontra de acordo com outros estudos sobre a avaliação de mulheres em relação à assistência em maternidades que apontam para um atendimento solidário como um dos fatores mais significativos para as pacientes e seus familiares.

Em uma perspectiva histórica, Silva (1988) ilustra que as primeiras profissionais da saúde foram às mulheres, ainda na Idade Média. Pontua ainda que já naquele período conheciam o próprio corpo, sabiam cuidar de pessoas enfermas e também tinham habilidades para lidar com o parto, amamentação e a contracepção. Desta forma, foi da sabedoria popular, que ocorreram as denominações: enfermeiras, parteiras, sábias, bruxas, feiticeiras e até possuídas pelo demônio.

Foi a partir de uma forma de assistência rudimentar realizada em casa, com a participação da família no processo de parturição e a parteira como colaboradora que teve origem, o parto hospitalar como se tem hoje, em um modelo tecnocrático. É relevante observar que naquele período histórico a figura masculina tinha uma participação ativa no parto e conhecimentos sobre práticas obstétricas, que eram determinantes no momento do nascimento de uma criança. Assim, esta participação masculina foi um fator determinante para a introdução de um novo olhar e para a construção de novos sentidos e significados para o parto e nascimento (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Este novo olhar foi elemento relevante para as práticas médicas vivenciadas até a atualidade, além de que:

Esses eventos passam então, a compor o rol das práticas médicas a partir da concepção biomédica, cujo foco e a construção de nexos causais e a busca de regularidades a partir da construção científica de conhecimentos e a incorporação de tecnologias tanto na forma de insumos, como a organização do ambiente e processos de trabalho, que ganham todas as feições do trabalho taylorizado, adjetivado de científico. A entrada das ciências médicas e o sequestro destes eventos para as instituições médicas se, de um lado, colocaram o parto e nascimento no campo das regularidades, diminuindo incertezas, de outro lado, os afastaram da vida cotidiana, os retiraram do ambiente familiar, determinando perda importante de participação e autonomia da mulher e da família (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010, p.108).



Estas transformações deram origem à necessidade de atenção específica à mulher, com atenção para sua saúde. No Brasil, em meados do século XX, a atenção à saúde para esse grupo específico era focada apenas na reprodução, ou seja, basicamente voltado para a mulher em seu ciclo gravídico puerperal (OSIS, 1998).

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 do século XX, segundo Brasil (2007), tinham uma visão restrita sobre a mulher, pois a ela eram renegados dois papéis: mãe e doméstica. Sendo assim, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e familiares.

A atenção integral, na interpretação de Osis (1998), envolve um conjunto de ações dirigidas ao atendimento das necessidades de saúde de um grupo, no caso da mulher em qualquer situação que necessite dos serviços de saúde, sendo tratada com respeito e humanização para que assim ocorra a promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Outro importante fator que possibilitou a mudança em relação ao tratamento com as mulheres na saúde é o seu desempenho na sociedade enquanto força de trabalho, tornando-se imprescindível para alicerçar o núcleo familiar, demonstrando o seu significativo papel social. Também a sua nova posição no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher enquanto reprodutora e não somente parideira (OSIS, 1998).

De acordo com Brasil (2004), Pedrosa (2005) e Alexandre (2007), houve a necessidade de revisar e ampliar as ações de Políticas Públicas que se voltam para a saúde da mulher. Não mais existindo somente a restrita atenção do ciclo gravídico-puerperal, mas sendo trabalhados programas voltados para a proteção dos grupos de risco ou em circunstância de maior vulnerabilidade, como as crianças e gestantes.

As Políticas de Saúde da Mulher, de acordo com os esclarecimentos de Tyrrell, Souza e Souza (2009), surgiram a partir de diversas ações evolutivas que se alicerçaram em propostas governamentais. Em meados da década de 1970, foi estruturado no Brasil um sistema de saúde com enfoque médico hospitalar, alicerçado em ações curativas e assistencialistas.

As políticas públicas da saúde têm como principal objetivo indicar os recursos mínimos indispensáveis para a atenção à saúde materno-infantil. Tais mudanças se relacionam as constantes mobilizações das mulheres, por meio de demandas sociais que surgem de movimentos feministas, os quais buscam a democratização das decisões governamentais em benefício à saúde feminina. Mesmo com o processo de transformação e humanização da atenção à saúde que vem ocorrendo no Brasil, ainda existem distorções e desigualdades históricas e de gênero, na qualidade do cuidado à saúde feminina (PEDROSA, 2005; SOUTO *et al.*, 2007).

Não é difícil observar que homens e mulheres não ocupam posições iguais na sociedade brasileira. Embora este fenômeno, não seja exclusivo do Brasil, [...]. A identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através da atribuição de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo. A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem (SAFFIOTI, 1987, p.8).

A partir das demandas sociais na proteção da saúde da mulher surgiram diversos programas, assim, em 1974 teve origem o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), que tinha por objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, atendendo a mulher em seu período de reprodução: pré-natal, parto e puerpério, sendo inclusas neste programa também crianças menores de cinco anos (TYRRELL; CARVALHO, 1995; BRASIL, 1975). Segundo Tyrrell, Souza e Souza (2009) o governo tinha como proposta: garantir a reprodução das mulheres com segurança, nascimento de crianças saudáveis e diminuir o número de partos por meio do controle de natalidade, a fim de reduzir a pobreza e desigualdade.

Embora o PNSMI tenha trazido diversas evoluções este programa segundo Tyrrell e Carvalho (1997) não atendia a real necessidade da população, bem como não recebia recursos suficientes para a capacitação de profissionais que deviam atuar num atendimento humanizado.

A década de 1970 foi marcada por um período de discriminação a mulher que influenciou de forma negativa inclusive em sua saúde e na forma com que era atendida nas unidades de saúde pública, de forma discriminatória, em especial de gênero, passando ainda por preconceitos impostos pela sociedade, aumentando a condição de vulnerabilidade feminina perante as várias doenças e agravos (ALEXANDRE, 2007).

Na avaliação de Lemos (2011), no Brasil os direitos reprodutivos (capacidade de reproduzir e liberdade de decidir quando e a frequência), iniciaram após reflexões de mulheres, neste sentido, mudanças foram sentidas na década de 1980 em que foram substituídas as expressões saúde da mulher e saúde reprodutiva para direitos reprodutivos. Ainda sobre a década de 1980, tem-se que a mesma foi marcada por Conferências e Grupos de mulheres em todo o país que fizeram parte do processo de definição dos direitos humanos e da construção de uma saúde mais inclusiva e humanizada.

Segundo Arouca (1988) e Tyrrell, Souza e Souza (2009), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, também na década de 80, defendeu a proposta da Reforma Sanitária pelos movimentos sociais e sanitaristas daquele período histórico, resultando em diversas mudanças, dentre as quais é importante citar a criação do SUS e seus princípios.

Pasche, Vilela e Martins (2010) avaliaram que a realidade social vivenciada nos anos 80, fez com que entidades como o MS e a OMS, iniciassem um movimento de revisão de práticas executadas no campo obstétrico, propondo mudanças no modelo de assistência, que era apontado por movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como iatrogênico e inadequado frente às necessidades das mulheres.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2005), a atenção à mulher, como é o caso do acompanhamento pré-natal e a execução de um parto seguro são medidas que vêm em consonância com o processo de humanização do atendimento à saúde da mulher.

Ao esclarecerem sobre a importância desta nova postura de atendimento à saúde da mulher Pasche, Vilela e Martins (2010), citam a publicação por parte da OMS quanto às recomendações baseadas no

princípio do direito à informação e acompanhamento pré-natal pelas mulheres, quando foi destacado o protagonismo da mulher em todos os aspectos dessa atenção. Neste sentido, foi incluída a participação ativa da mulher em todas as fases do pré-natal e no parto, como o planejamento, execução e avaliação, além da necessidade de inclusão das dimensões sócio-emocionais neste período.

Em 1985, na segunda Conferência *WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth*, de acordo com Boaretto (2003), nela ocorreu a recomendação por abolir o uso de práticas obstétricas que embora fossem rotineiras eram inadequadas para a saúde da mulher e do feto, sendo que esta conferência assegurou que no momento do parto a mulher tem o direito a integridade e privacidade.

Nessa mesma época (década de 1980), grupos de profissionais que receberam apoio da OMS, passaram a se organizar na sistematização de estudos que tratavam sobre as novas práticas utilizadas na atenção ao parto e sua eficácia, trabalhando sob um enfoque de evidências científicas. Neste sentido, pode-se considerar que as mudanças que ocorriam nos programas da saúde à mulher se fundamentavam tanto nas inovações sociais e tecnológicas vivenciadas, quanto em marcos da ciência contemporânea, gerando uma postura de aceitar como práticas recomendadas e referendadas, uma postura humanizada que respeitava a condição de saúde da mulher (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Uma das principais mudanças neste novo contexto de saúde da mulher foram o acesso e oferta de serviços. Porém, somente essas ações não foram suficientes para garantir a mulher e ao bebê o direito a obter segurança na maternidade, visto que esta condição somente pode ocorrer quando as mulheres estiverem fortalecidas em seu protagonismo, tendo seus direitos humanos e o direito a receber serviços de qualidade no parto respeitados em todas as sociedades e sob todos os enfoques analisados (OMS, 1996).

Os movimentos organizados, conforme pontuam Carvalho (1995) e Tyrrell, Souza e Souza (2009), foram à base para que as mulheres iniciassem um longo caminho de lutas por uma política que assegurasse

seus direitos e as respeitasse na atenção a saúde. Surgiu assim em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que junto a outros movimentos objetivavam transformar a atenção prestada a elas, de forma integral e ampliada. Neste mesmo ano foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo que a partir destes programas a mulher deveria ser considerada em todas as etapas do seu ciclo de vida, não apenas no período reprodutivo.

De acordo com Brasil (1984) o PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, oferecendo para a mulher assistência em clínica ginecológica, em que era acompanhada no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento reprodutivo, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, e demais necessidades do perfil populacional das mulheres.

O PAISM foi um programa que trouxe diversas melhorias em atenção à saúde da mulher, sem no entanto, não contemplar de forma integral a saúde da mulher, com falhas na atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental e doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2007).

É importante ressaltar, como apontam Osis (1998), Aquino (2006) e Costa (2009), que até a criação do PAISM, as Políticas Públicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher tinham ações voltadas somente para a atenção ao grupo materno-infantil. Foi a partir deste programa que a mulher passa a ser considerada como um sujeito ativo de sua própria saúde.

Embora o PAISM seja um programa criado em 1984, somente na década de 1990 passou a desenvolver atividades de implantação e implementação a saúde da mulher, devido ao processo de municipalização e, especialmente pela reorganização da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na mesma década, que houve um processo de intensificação de ações de enfrentamento a violência contra a mulher, com a aprovação em 1993 pela Assembleia Geral das Nações

Unidas da Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher. (TYRREL; SOUZA; SOUZA, 2009).

Trata-se de uma conquista que reforçou a vasta concepção do parto humanizado, que contrapõem as práticas tradicionais médicas, que desconsideravam a mulher como sujeito ativo e de direitos em todas as fases da gestação até o parto.

Ainda no ano de 1993, segundo descrição de Pasche, Vilela e Martins (2010) foi criada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), constituindo este um dos principais movimentos a estimulação, discussão e experimentação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil, que tinha como ponto central o processo de atendimento humanizado para as gestantes em todas as fases que envolvem a gestação, ou seja, pré-natal, parto e puerpério.

Na interpretação de Corrêa, Jannuzzi e Alves (2003, p.1), ocorreu em 1994 a Conferência do Cairo, com a assinatura de 179 (cento e setenta e nove) países, possibilitando a mudança de paradigmas das políticas populacionais: “[...] *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos”.

Brasil (2004) e Pedrosa (2005), apresentam como importante acontecimento no ano de 1994, a aprovação do Plano de Ação dos 20 anos no Cairo, que possuía como meta o planejamento reprodutivo ao alcance de todos como direito de saúde até 2015.

Foi à participação nestes movimentos sociais, se descortinou uma nova realidade para o respeito aos direitos da mulher, posto que elas tivessem a oportunidade de questionar e discutir as desigualdades sofridas em relação aos homens, exigindo novas ações que proporcionassem melhorias em todo o seu ciclo de vida (BRASIL, 2007).

Na década de 1990, segundo Santos e Nunes (2009), teve início no Brasil um importante exemplo da participação feminina na assistência ao seu semelhante: a presença das Doulas, cuja origem da palavra deriva do grego, que significa “mulher que serve a outra mulher”. Isto posto, tem-

se que as Doulas são mulheres que recebiam treinamento que lhes permitiam oferecer suporte físico e emocional às parturientes durante o trabalho de parto, parto e após o parto, encorajando, tranquilizando, estimulando medidas de conforto e/ou prestando orientações em caráter voluntário.

Nas considerações de Santos e Nunes (2009), ainda que o uso de Doulas é uma técnica com início no ano de 1997, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG, com a implantação do Projeto “Doula Comunitária”, somente mais tarde, em 2004 ocorreu na cidade de Salvador-BA a implantação em uma maternidade pública do Projeto “Doulas ajudando a nascer”.

Este processo de evolução ao tratamento humanizado às mulheres teve continuidade, assim como esclarecem Pasche, Vilela e Martins (2010), no ano de 1998, o MS oficializou a atenção ao parto normal pelo enfermeiro obstetra no SUS, com a criação no ano de 1999 dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais. Nestes Centros os enfermeiros obstetras atuavam como responsáveis por todos os cuidados prestados as mulheres e bebês, implementando uma nova forma de modelo de atenção ao parto.

No ano de 1999, ainda em um processo de humanização do atendimento as gestantes, o MS implantou o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, com o objetivo de estimular e destacar os estabelecimentos de saúde que assumem um atendimento humanizado às mulheres brasileiras e aos seus filhos, durante a gestação, parto e pós-parto (BRASIL, 2002).

Na perspectiva de solucionar os problemas do período de 1998 a 2000, encontra-se em Brasil (2007) o relato da priorização da saúde reprodutiva a partir de ações voltadas para a redução da mortalidade materna – pré-natal, atenção ao parto e anticoncepção.

Pontuam Tyrrell, Souza e Souza (2009) que no ano de 2000 o MS criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tinha como principal objetivo a garantia para todas as mulheres de um

número mínimo de consultas no período pré-natal, bem como da qualidade do atendimento no momento do parto, organizando e humanizando a atenção a mulher.

O PHPN utiliza como estratégia, assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal. Inclui ainda a atenção ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, no âmbito dos direitos de cidadania. Neste sentido, tem-se que o referido programa se fundamenta no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal e prioriza o acompanhamento adequado do parto e do puerpério (BRASIL, 2002).

Na interpretação de Sato (2001), a humanização abrange aspectos fundamentais como é o caso das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Neste sentido, cabe abordar ações éticas e solidárias dos profissionais de saúde, com a criação de um ambiente acolhedor, adotando condutas hospitalares que ponham fim ao tradicional isolamento imposto à mulher perante a organização das instituições.

O conceito de humanização, como apregoa Brasil (2002), envolve a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, além de evitar práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não trazem benefícios à mulher e nem ao recém-nascido podendo acarretar maiores riscos para ambos.

Em 2001, o MS publicou o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, documento em que foi definida a humanização da assistência, com o objetivo de evitar as intervenções desnecessárias e preservar a privacidade e a autonomia materna (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Somando-se a estas conquistas, amplia-se o entendimento de que a violência contra a mulher é uma questão de saúde pública. Em 2002, segundo Tyrrell, Souza e Souza (2009), foi normatizada às vítimas de estupro a realização de profilaxia do Vírus da Imunodeficiência Humana



(HIV) e, em 2004, a violência doméstica é reconhecida penalmente com aplicação de pena de seis meses a um ano de detenção.

Considerando que a violência contra a mulher é um problema de responsabilidade da saúde pública, observou-se que para atender esta necessidade social, o MS formulou em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PN/AISM) que:

Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da PN/ AISM para o período de 2004 a 2007 (BRASIL, 2007, p.10).

Amplia-se a compreensão acerca da necessidade de oferecer para a mulher um atendimento humanizado que se concretiza segundo afirma Saffioti (1987, p.95): “o mero fato de se tratar de um ser humano deve bastar para que a ele se confira toda a dignidade. [...]”.

Teve origem assim, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, priorizando a saúde da mulher, implementando ações de saúde a fim de garantir os direitos humanos das mesmas e reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis. Neste sentido, tem-se que:

A PN/ AISM deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (BRASIL, 2007, p.63).

De acordo com Brasil (2007) foram inclusas pela Área Técnica de Saúde da Mulher novas ações para atenção as mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, bem como a participação nas discussões e atividades que se relacionam a saúde da mulher e meio ambiente.

No dia 07 de abril de 2005 foi sancionada a Lei Federal 11.108, tem por base à garantia para as mulheres ao direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de

parto, parto e pós-parto, quando atendida pelo SUS. Esta foi uma vitória comemorada por diversos segmentos da sociedade que apoiam e lutam pela melhoria da atenção ao parto no Brasil. Na mesma direção, em 2007 foi sancionada a Lei 11.634, que regulamentou que toda gestante possui direito ao conhecimento e a vinculação a maternidade em que receberá assistência (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Essa política se justifica, pois segundo Brasil (2007), a mulher é formadora do maior índice populacional brasileiro, constituindo 50,77% de toda a população, bem como são as principais usuárias dos serviços do SUS, seja em seu próprio atendimento ou no acompanhamento e cuidado com as crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos.

É imprescindível que a atenção à saúde da mulher seja um processo humanizado e de qualidade, pois por intermédio deles é assegurada para todas as usuárias a promoção, reconhecimento, respeito aos direitos humanos, ética e garantindo a saúde integral e bem-estar das usuárias (BRASIL, 2007).

Neste sentido, tem-se a compreensão de que:

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do auto cuidado (BRASIL, 2007, p.59).

Dentre as ações voltadas para atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e, que resultam claramente em benefícios, Oliveira e Brito (2009) citam a inclusão do homem no acompanhamento da mulher. Este acompanhamento proporciona benefícios tanto para o parceiro, quanto para a mulher que passa a ter a oportunidade em compartilhar sentimentos, vivências, possibilitando a construção e consolidação das identidades maternas e paternas. Essas ações foram preconizadas pela OMS (1996) pelo MS (2000) como práticas da atenção humanizada ao cuidado feminino.

O PAISM recebe apoio necessário para manter a assistência à saúde da mulher, integrando as prioridades assistenciais da ESF, o que permite a concepção de vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde. As propostas são norteadas pela interiorização e qualidade da atenção à saúde, inclusive às comunidades desprovidas de recursos financeiros e de saúde, presentes em todas as regiões do Brasil (LOPES, 2006; ALEXANDRE, 2007).

Na primeira década do século XXI, conforme esclarecem Pasche, Vilela e Martins (2010), as entidades governamentais e não governamentais têm dispensado esforços no sentido de mudar a realidade no Brasil. O Brasil possui altos índices de partos cirúrgicos que dão ao país o título de campeão mundial de cesáreas. Somam-se a este fato, os elevados índices de mortalidade materna e neonatal, que demonstra que os índices de melhoria da atenção à saúde da mulher e perinatal, ainda estão longe do aceitável e desejável para o país.

Sobre esta realidade:

O Brasil tem o título de campeão mundial de cesarianas realizadas por planos de saúde. Em 2008, as cesáreas representaram 85% dos partos feitos por meio dos convênios, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O percentual é bem alto, considerando-se os 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse alto índice registrado pelo setor de saúde suplementar acaba elevando o total de cesarianas realizadas no Brasil para 43%, considerando os setores público e privado. Se fosse levado em conta somente o percentual do sistema público de saúde, de 26%, o País estaria próximo ao que é recomendado pela OMS e aos níveis de países desenvolvidos, como Holanda (14%) e Estados Unidos (26%) (CORREIO DE MATO GROSSO, 2012, p.1).

Para a facilidade ao acesso à tecnologia, a construção de normativas que asseguram o parto e o nascimento humanizados, de modo seguro e de qualidade. Sobretudo com a valiosa protagonização da mulher e de sua rede sócio-familiar e inversamente com resultados inferiores dos esperados em relação à queda das taxas de mortalidade materna e neonatal (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Quando se levantam aspectos relacionados ao processo de humanização no atendimento à saúde da mulher e a relação com os

profissionais da saúde, tem-se a compreensão de que as relações de poder disciplinar, biopoder e relações de gênero são fatores que contribuem para a realidade estudada. Assim, este estudo preocupou-se em discutir também este referencial teórico.

Este processo de humanização foi acolhido pela Rede Cegonha, conforme se observa na concepção de que:

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a:

- \* Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal.
- \* Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto.
- \* Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”.
- \* Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção.
- \* Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante.
- \* Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
- \* Acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2012, p.1).

A Rede Cegonha, programa implementado em 2011, segundo Brasil (2012, p.1), tem como objetivo possibilitar a mulher: “[...] o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério”. O MS tem como meta implantar a Rede Cegonha em todo o território nacional, com a utilização de critérios epidemiológicos, considerando as altas taxas de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna, e de densidade populacional.

O objetivo da Rede Cegonha é oferecer para a mulher um atendimento humanizado desde o pré-natal, sendo que o referido projeto tem como premissa até o ano de 2014 a realização do pré-natal em 100% das gestantes; até 2016 ter leitos para 100% das gestantes e também em 2014 a atenção à criança em 100% (BRASIL, 2012).

Para ampliar a compreensão do tema de pesquisa, sobretudo quanto à relação entre o profissional de saúde e a mulher, buscou-se fundamentação teórica na abordagem do poder disciplinar, o biopoder e a relação com o gênero.

## 1.2 Poder Disciplinar, Biopoder e Relações de Gênero

No que se refere ao biopoder, na interpretação de Pogrebinschi (2004) existem variações encontradas entre as duas formas de poder. Isto é, enquanto o poder disciplinar é voltado para os corpos dos indivíduos, o biopoder aplica-se às suas vidas.

Os efeitos do biopoder, no entendimento de Pogrebinschi (2004), se fazem sentir sempre em processos de conjunto, coletivos, globais, os quais fazem parte da vida de uma população, como, por exemplo, os nascimentos, doenças e mortes.

Neste sentido, tem-se a compreensão de que o biopoder envolve os processos de natalidade, longevidade e mortalidade, seja no processo comparativo entre a proporção dos nascimentos e dos óbitos ou na verificação da taxa de fecundidade de uma população. Foucault ainda esclarece sobre o biopoder que:

A questão da higiene pública passa a ser a principal pauta da medicina e, com ela, podemos pensar que o biopoder assume certa forma de poder de polícia, tal como entendemos essa última modalidade de poder contemporaneamente. O biopoder traz ainda consigo novos mecanismos e novas instituições, tais como a poupança e a seguridade social (FOUCAULT, 1999, p.290-291).

O poder disciplinar não se alcança como uma coisa, não se possui como uma propriedade, neste sentido, segundo Foucault (2001, p.143): “o poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e retirar tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor”.

De acordo com Pogrebinschi (2004, p.191) é preciso avaliar que no poder disciplinar não existe um centro único de poder, “[...] e nem mesmo uma figura única que o encarna: o poder encontra-se nas periferias, distribuído e multiplicado em toda parte ao mesmo tempo, materializado que está nos corpos dos indivíduos a ele sujeitados”.

Segundo Foucault (2001, p.177) a disciplina é uma ferramenta específica do poder, pois ela é “um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de

procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma física ou uma anatomia do poder, uma tecnologia”.

Neste sentido, Pogrebinschi (2004) avalia que o poder disciplinar é uma categoria de poder múltipla, relacional, automática e anônima, sendo que a disciplina, por sua vez, também faz crescer e multiplicar aquilo e aqueles que estão a ela submetidos.

O biopoder pode ser compreendido enquanto uma ferramenta que contribui com a reflexão em relação às práticas disciplinares que se tornam presentes na sociedade contemporânea. De acordo com Foucault (1988), o biopoder e a biopolítica são formas de exercer o poder, que se desenvolveram após o século XVIII.

Na compreensão de Tommaselli (2011), em referência ao filósofo Foucault, a disciplina era voltada para o indivíduo e, mais diretamente, para o controle, normatização e adestramento de seu corpo. Considerou ainda o autor que o meio para exercer tal poder são as instituições modernas que participam da vida do indivíduo, como, por exemplo, escola, organizações produtivas (como exemplo fábricas), hospital e, até mesmo a prisão.

Para Foucault (1988), a disciplina imposta para o ser humano participar destas instituições voltava-se para o corpo do indivíduo, que recebe adestramento visando uma relação positiva com o trabalho. Esta forma de modelar o ser humano a partir do adestramento é executada com o objetivo de integrar o homem aos sistemas de controle mais eficazes e com menor custo de produção, massificando o ser em seus sentimentos e necessidades físicas, emocionais e psicológicas.

Tommaselli (2011, p.1) faz o seguinte apontamento em relação a este tema: “o poder disciplinador age sobre os corpos através de sua integração a espaços determinados, do controle do tempo sobre os corpos, da vigilância constante e, também, da produção do conhecimento”. E continua:

Portanto, o poder disciplinar age sobre os indivíduos no controle do seu corpo e, paralelamente a este fato, segundo Foucault, se desenvolveu o biopoder, uma nova forma de controle que age em um âmbito mais amplo, a espécie. Assim, o biopoder é responsável pelo controle dos processos de nascimento e de morte, da saúde da população, da longevidade, etc. (TOMMASELLI, 2011, p.1).

Entende-se que o biopoder é um mecanismo controlador da vida em um contexto geral, com as questões políticas centralizadas a partir da ação do poder disciplinador sobre o biológico. Na interpretação de Foucault (1988), o biopoder tem como objetivos transformar e aperfeiçoar essa forma de controle sobre a vida, priorizando a conquista de maior domínio, atuando com o poder disciplinar sobre os indivíduos. Portanto, o biopoder é uma forma de controle sobre os seres vivos, atribuindo a estes uma compreensão a partir de valor e utilidade.

O biopoder, na interpretação de Tommaselli (2011) se estabelece como um caráter de normatizar a conduta dos corpos e da vida. Neste sentido, faz uso de diferentes aparelhos, como, por exemplo, os médicos e os aparelhos administrativos, com o objetivo de exercer alguma forma de controle sobre a vida.

Para Foucault (1988), o biopoder constitui um processo que subordinou a vida às tecnologias do poder. Deste modo, a vida passou a ser entendida como um objeto e, assim, o direito sobre ela, o corpo e o ser vivo, ganhou prioridade no âmbito político.

Compreende-se a existência de uma característica generalizada em tomar a vida como um objeto de domínio, pois:

O contexto contemporâneo se caracteriza por uma nova relação entre o poder e a vida. Por um lado, uma tendência que poderia ser formulada como segue: o poder tomou de assalto à vida. Isto é, ele penetrou todas as esferas da existência, e as mobilizou inteiramente, pondo-as para trabalhar. Desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo, até a inteligência, a imaginação, a criatividade, tudo isso foi violado, invadido, colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes (PELBART, 2007, p.1).

Carvalho e Gastaldo (2008) transpõem a discussão sobre o poder e a vida para a área de atenção à saúde das pessoas e, apontam que os

profissionais de saúde têm a possibilidade de exercer o poder sobre os outros de forma individual ou com outros, trabalhando assim a coletividade. Neste sentido, a sugestão é de uma prática profissional alicerçada na compreensão do usuário enquanto sujeito/cidadão com direitos capazes de valorizar o trabalho de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades e, desta forma, substituir uma prática alienada e autoritária na qual o trabalhador é simplesmente um provedor de serviços e o usuário um cliente/consumidor.

As diferenças que existem por conta do gênero é uma realidade que pode ser avaliada a partir do entendimento de que:

As diferenças e desigualdades que (ainda) separam mulheres e homens no mundo contemporâneo são relativamente grandes, mesmo que o seu conteúdo tenha se modificado ao longo do tempo ao ponto de chegar a mascarar a realidade para muita(o)s que teimam em não enxergá-la sob o discurso da universalidade dos fenômenos sociais. Tais pontos de vista, ao considerarem as mulheres, como os homens, sujeitas às mesmas ordens sociais porque inseridas num mesmo contexto de classes, por exemplo, em nada contribuem para a tão buscada simetria de gênero (NASCIMENTO, 1996, p.23).

Estas diferenças existentes entre homens e mulheres acabam gerando uma relação de poder na sociedade devido ao fator gênero, verdade esta que mesmo no século XXI ainda faz parte do contexto da sociedade.

De acordo com Nascimento (1996) as relações de poder na sociedade foram se modificando com as experiências e vivências históricas da sociedade, todavia, neste estudo o enfoque será dado às transformações sociais a partir das relações de gênero, sendo que a mulher passou a ter um papel significativo na sociedade.

Neste sentido, Oguisso (2007) esclarece que durante determinada época, compreendida entre o final do século XIX e início do século XX, considerava-se que assuntos pertinentes às mulheres eram apenas àqueles que se emoldurassem nas práticas consideradas domésticas, sendo de competência dos homens que eram dotados de maior força física, uma série de outros cuidados com o corpo em situações como, por exemplo, acidentes durante a caça e a pesca, ferimentos de



guerra, traumatismos e fraturas, domínio de pessoas agitadas, embriagadas ou em estado de delírio.

Para Oguisso (2007) essas práticas executadas pelos homens foram substituídas por outros modos de exercícios diferentes daqueles realizados pelas mulheres, ligadas de forma particular às atividades vinculadas à maternidade, à infância e aos cuidados com o corpo sofredor, principalmente para as mulheres.

Ao discutir as questões que envolvem o papel e o poder de homens e mulheres em relação à sociedade Louro (1997), produziu uma obra na qual é retratada a história e o conceito de gênero no âmbito da vida social e na produção em ciência. Ressalta-se que as mulheres, em meados do século XX, ainda eram vistas somente como trabalhadoras do lar, que tinham sob suas responsabilidades somente cuidar da casa, marido e filhos. Sendo que somente as camponesas tinham trabalho braçal, que além de cuidar do lar, tinham que se ocupar com o cuidado das lavouras e dos rebanhos.

No sentido de ampliar a visão do objeto de pesquisa que é a atenção humanizada ao parto, passa-se primeiro pela concepção de gênero que de acordo com Scott (1990), deve ser entendido inicialmente como um elemento constitutivo das relações sociais, que se baseia nas diferenças perceptíveis entre os dois sexos. E segundo, como forma básica de representar as relações de poder em que as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis.

De acordo com Louro (1996, p.9), “[...] gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino e feminino [...]”.

E ainda aponta-se que:

[...]. Mesmo quando a mulher desempenha uma função remunerada fora do lar, continua a ser responsabilizada pela tarefa de preparar as gerações mais jovens para a vida adulta. A sociedade permite à mulher que delegue essa função a outra pessoa da família ou a outrem expressamente assalariado para este fim. Todavia, esta “permissão” só se legitima verdadeiramente quando a mulher precisa ganhar seu próprio

sustento e o dos filhos ou ainda complementar o salário do marido (SAFFIOTI, 1987, p.8).

De acordo com Louro (1997), com o passar dos anos, as mulheres deixaram de viver unicamente para o cuidado com a casa e os filhos e passaram a por em prática suas atitudes e idéias, assim, de forma gradativa deram início a um processo de ocupação de pequenos espaços na sociedade, em organizações como lojas, escolas e hospitais. No entanto, mesmo em processo de evolução e conquista de seu espaço profissional as mulheres permaneciam com a visão de cuidadora e suas ações sempre eram supervisionadas, servindo de apoio ou de auxílio para o homem.

Para descaracterizar a imagem da mulher como “universo” doméstico, Louro (1997) menciona que estudiosas femininas (Betty Friedman, Simone de Beauvoir, Kate Millet), passaram a mostrar a distinção entre gênero e sexualidade, bem como as dificuldades de cada um. No caso do conceito de gênero entende-se que este ocorreu devido a necessidade de acentuar o caráter eminentemente social pelos trabalhos e ações que se entendiam como universo masculino.

Segundo Louro (1997) o movimento feminista contribuiu para maior visibilidade sobre a situação e relações de gênero na sociedade, com a mulher ocupando espaços públicos, criando grupos de apoio, que se utilizavam dos meios de comunicação como revistas, jornais, teatros e cinema para chamar a atenção da sociedade que era chegado o momento das mulheres exigir respeito mulher na sociedade. A partir destes movimentos ocorreu um grande salto para as estudantes femininas, transformando em intensas discussões e polêmicas a situação vivencial e social das mulheres.

A construção do gênero é histórica e, conforme esclarece Scott (1995), ocorre incessantemente. Compreende-se que as relações entre homens e mulheres, e as representações destas relações não são estáticas, sofrendo constantes mudanças, fazendo com que as identidades dos gêneros estão de certa forma sendo transformadas na sociedade.

Entende Scott (1995) que uma das principais preocupações apresentadas nos Estudos Feministas era em relação ao poder, pois de certa forma a mulher mostrava o processo de opressão vivenciado. Todavia, embora tivessem consciência de que esta relação de poder que surge do gênero estivesse em estágio de mudança, a abordagem homem dominante *versus* mulher dominada, foi à base destes estudos.

No decorrer deste estudo tomou-se o conceito de gênero formulado por Scott (1995), que definem gênero como uma construção histórica e social que rompe binarismos e dicotomias. Esta perspectiva refere-se a uma nova posição sobre gênero em que:

Afasta-se (ou se tem a intenção de afastar) proposições essencialistas sobre os gêneros: a ótica está dirigida a um processo, para uma construção, e não para algo que exista a *priori*. O conceito passa a exigir que se pense de modo plural, acentuando que os projetos e representações sobre mulheres e homens são diversos (LOURO, 1997, p.23).

Neste sentido, de acordo com Padilha *et al.* (2006), o conceito de gênero indica uma divisão dos nomes alicerçada em categorias como o sexo e atributos psicológicos. Então esta consideração passa pela cultura social de papéis sexuais estabelecidos pela sociedade e implica como deve ser as relações entre homem-mulher, homem-homem, mulher-mulher.

Entende-se assim, que o poder médico esteve, durante muitos séculos, envolvido com as questões relacionadas à sua prática, no entanto, Caponi (1998), aponta que este poder pode não apenas ser apresentado a partir da ciência, mas de uma máscara de humanismo que faz com que as mulheres no trabalho de parto e parto sintam este poder como uma forma de opressão de gênero.

### **1.3 Poder Médico e Opressão de Gênero**

Antes de adentrar na questão que envolve o poder médico é relevante avaliar o entendimento de Mota (1998-99, p.138), que tratando da origem deste profissional, considera que a prática médica: “[...], tal

como a conhecemos hoje em dia, tem suas origens no final do século XVIII, no bojo das intensas transformações que vinham se gestando desde o século XVI e que revolucionaram toda a vida social”.

O poder médico teve grande influência no cotidiano de todas as sociedades, como revela Ayres (1995), posto caber ao médico inclusive o controle populacional, visto que a partir das práticas médicas houve tanto o aumento da natalidade, quanto a redução da mortalidade.

Considera-se importante salientar que:

O sucesso da articulação entre normatividade médica e normatividade social vem da engenhosidade dos médicos em perceber de que modo o normal ‘anatomiza-se’ ou ‘fisiologiza-se’ e o seu o seu empenho numa normalização anatômica e fisiológica cujos efeitos, como sabemos, vão muito além das estruturas e funções orgânicas (AYRES, 1995, p.97).

O poder médico é amplamente discutido conforme apontam Lopes *et al.* (1996) seja na relação com os profissionais da enfermagem, seja com os pacientes, ainda mais quando estas se encontram fragilizadas pela gravidez, especialmente, no trabalho de parto e parto.

Preceituam Lopes *et al.* (1996) que sob as asas da autoridade existe por parte dos médicos uma forma de poder que origina a opressão de gênero fragilizando as pacientes, com maior ênfase as parturientes.

Este poder do médico em relação às pacientes fica evidenciado quando se busca compreender a opressão de gênero, pois conforme Saffioti (1987, p.47): “calcula-se que o homem haja estabelecido seu domínio sobre a mulher há cerca de seis milênios. São múltiplos os planos da existência cotidiana em que se observa esta dominação. [...]”.

A opressão de gênero sentida pela mulher está segundo Saffioti (1987) no âmbito familiar, de trabalho e social, sendo elas continuamente relegadas a um segundo plano, em nome do bem estar de seus esposos, filhos ou familiares que por vezes são seus dependentes, situação essa que se reproduz nos espaços públicos.

Neste sentido, tem-se a compreensão de que:

[...] a mulher agora trabalhava para seu marido e sua família, em vez de trabalhar para a sociedade. Seu trabalho era necessário, mas socialmente subordinado à produção de troca de

excedentes. Elas tornaram-se esposas, tuteladas e filhas no lugar de membros adultos da sociedade (SACKS, 1979, p.189 *apud* NASCIMENTO, 1996, p.27).

Considera ainda Nascimento (1996) que a opressão de gênero que fragilizou a mulher teve maior notoriedade com a ascensão do capitalismo e da propriedade privada.

Segundo Nascimento (1996, p.23): “vários estudos no Brasil, como no exterior, atestam as discriminações de que são vítimas as mulheres, revelando assim as diferenças e a inferioridade em relação aos homens. [...]”.

Assim, tem-se a compreensão de que:

A sociedade não está dividida entre homens dominadores de um lado e mulheres subordinadas de outro. Há homens que dominam outros homens, mulheres que dominam outras mulheres e mulheres que dominam homens. Isto equivale a dizer que o patriarcado, sistema de relações sociais que garante a subordinação da mulher ao homem, não constitui o único princípio estruturador da sociedade brasileira (SAFFIOTI, 1987, p.16).

Scott (1995) comenta que o poder sentido pelo movimento feminista, vem sendo exercido por ambos os sujeitos, sendo que o elemento diferenciador é o efeito das ações que nele se aplica. Podendo afirmar que os gêneros se produzem, “nas” e “pelas” relações de poder.

As diferenciações físicas e comportamentais culminam na desigualdade, além de serem reforçadas pela situação de classe e opressão da mulher abordada nas discussões de gênero por Louro (1997), em que a relação masculino-feminino estabelece a oposição entre dois pólos, um pólo dominante e outro dominado, constituindo esta a única forma de relação entre os dois elementos. Essa situação de dominação imposta pelo poder sobre as mulheres, se configuram nelas, historicamente, em uma situação de vulnerabilidade.

## 1.4 Vulnerabilidade e Autonomia

Antes de adentrar as questões que envolvem a vulnerabilidade e autonomia relacionadas à mulher, é relevante observar o conceito de vulnerabilidade, sendo que de acordo com Guareschi *et al.* (2007), primeiramente esta se relacionou a área dos direitos humanos e, somente mais tarde, ao campo da saúde.

No entendimento de Ayres *et al.* (2009) o conceito de vulnerabilidade teve origem no documento internacional que abordou os Direitos Universais do Homem. Este termo em sua origem trata dos indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Mais tarde, esta expressão se ampliou para o campo da saúde, sendo que isto ocorreu a partir da publicação, nos Estados Unidos, em 1992, do livro *Aids in the World*, parcialmente reeditado no Brasil em 1993.

Segundo Abramovay *et al.* (2002), a vulnerabilidade social é: “[...] definida como situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. [...]”.

Quando se trata da vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres tem-se a compreensão de que:

[...] Entende-se vulnerabilidade como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença, risco ou dano e substitui o conceito clássico de fatores de risco [...] existe vulnerabilidade quando ocorre: desinteresse do indivíduo em relação a situações de perigo; falta de acesso e serviços e/ou informações e finalmente, falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento (MENEGHEL *et al.*, 2003, p.957).

Assim, entende-se que a vulnerabilidade no caso dos fatores de risco pode ser reduzida a partir de fatores de proteção como aponta Cecconello (2003) ao considerar que a família e o parceiro das mulheres puerperas primíparas é essencial para o resgate de sua dignidade e um tratamento humanizado.

Diniz (2001) ao discorrer sobre a vulnerabilidade e as questões que englobam ações políticas, sociais ou humanitárias, considera relevante atentar para os padrões sociais de desigualdade nas condições de vida, de saúde e de acesso aos serviços de saúde, considerando estas situações que favorecem o surgimento de pessoas ou populações vulneráveis, como é o caso das mulheres.

Em definição a palavra vulnerabilidade, segundo Mello (2008) se origina do Latim (*vulnus*: ferida), fazendo referência, de modo geral, a possibilidade de alguém ser ferido. Neste sentido, entende-se que a vulnerabilidade está diretamente relacionada a fragilidade no caso específico deste estudo, vivenciada pela mulher.

No entendimento de Kottow (2003) a vulnerabilidade é característica antropológica dos seres humanos, simplesmente por estarem vivos e, conseqüentemente, sujeitos a sofrer danos ou serem, de alguma forma, feridos. A vulnerabilidade inerente às vidas humanas foi reconhecida por filósofos políticos, propuseram assim, ordens sociais que tinham por destino a proteção da vida da violência, a integridade do corpo e da propriedade, ou ainda, a proteção aos indivíduos da violação de seus direitos básicos.

A vulnerabilidade segundo Kottow (2003), pode ser identificada quando pessoas vivenciam situações desfavoráveis como a pobreza, falta de acesso à educação, dificuldades geográficas, doenças crônicas, dentre outros acontecimentos que fragilizam e expõem os seres humanos a condições de perigo ou criam uma condição vulnerável. Considera o referido autor sobre a possibilidade dos indivíduos serem expostos a condições de sofrimento de perda de capacidade ou da liberdade, podendo ter abreviada a sua gama de oportunidades de escolha dos bens essenciais para suas vidas.

Na análise de Torralba (1998), todos os seres humanos são vulneráveis, seja física, psicológica, social ou espiritualmente, estando expostos a situações de perigo que podem ser agravadas por ações de outrem ou simplesmente por sua condição humana.

Morais (2010) considera que o ser humano se encontra em um

estágio de maior vulnerabilidade do que os demais seres vivos, porém tem maior capacidade para se proteger. Neste sentido, idealiza-se a vulnerabilidade existencial do homem como primária, sendo que deficiências circunstanciais podem gerar uma forma secundária. No caso do doente este pode sofrer com as suas necessidades não atendidas, inserindo-se em um quadro que pode torná-lo mais suscetível e predisposto a sofrer danos, cabe assim à atenção e os cuidados à saúde extinguindo a causa da sua fragilidade.

No ano de 1990, segundo Mello (2008) o termo “vulnerabilidade” foi incluso na bioética, adquirindo um status de importância, posto tratar de conteúdos que envolvem a ética e a saúde dos seres humanos, especialmente, daqueles fragilizados por sua condição de gênero (mulheres); raça (negros); idade (idosos ou crianças) e condição sociocultural (hipossuficiente).

No ano de 2005, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), segundo dados coletados junto a Unesco (2005) adotou por aclamação a Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem, reconhecendo a vulnerabilidade como um princípio ético.

Para Moraes (2010) a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos reconheceu que vulnerabilidade pode provir de enfermidades, incapacidades ou outros condicionantes, individuais, sociais e ambientais, os quais necessitam de atenção especial na proteção daqueles que se encontram em uma condições de hipossuficiência.

De acordo com Anjos (2006), esta declaração teve por finalidade garantir o respeito pela dignidade humana, mesmo nos casos em que estes princípios não conseguem abranger. Demonstrou ainda que se apresenta cruel a ocultação das causas sociais da vulnerabilidade, pois acabam responsabilizando as próprias vítimas de suas feridas.

Embora ocorra a responsabilização das próprias vítimas quanto a sua vulnerabilidade social, Porto (2006) afirma que a vulnerabilidade social intervém nas relações ambientais e nas interrelações humanas, pois nas sociedades contemporâneas, a economia de mercado acentua as



desigualdades entre os indivíduos, grupos, partes e populações.

Sobre este tema, considera-se que:

É necessária uma reflexão sobre esta situação para compreender como a iniquidade se imprime na vida social, para que se possa intervir individual e coletivamente, com o objetivo de minimizar a vulnerabilidade dos que tem menor possibilidade de se defenderem e superar a iniquidade (MORAIS, 2010, p.333).

Deste modo, segundo Ayres (2009, p.138) as pessoas não “são vulneráveis”, elas “estão vulneráveis” a algo, em grau e forma diferente e, num determinado tempo e espaço.

Cabe aqui compreender a existência de fatores de risco e proteção, pois segundo Schenker e Minayo (2005, p.708): “Risco é uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo [...]”.

Ressaltam as mesmas autoras que existem três condições que definem o risco: “[...] (1) possibilidade de haver perda; (2) possibilidade de ganho; e (3) possibilidade de aumentar ou diminuir a perda ou os danos. [...]”.

Neste sentido, as mesmas autoras consideram que os fatores de risco: “[...] designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social [...]”.

Quanto ao conceito de proteção Schenker e Minayo (2005, p.711) esclarecem que proteger: “[...]. Significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação. [...]”. No que se referem aos fatores de risco no caso das mulheres tem-se os riscos individuais, meio familiar, amigos e sociedade em que se encontram inseridas.

Para Moraes (2010) é possível separar a vulnerabilidade da autonomia considerando os conceitos em bioética, no entanto, é necessário avaliar considerá-las como parceiras.

Sobre as diferenças Moraes pontua que:

Enquanto em muitos casos, a condição da autonomia reduzida pode ser passageira, a eliminação da vulnerabilidade necessita que as condições de privação de uma pessoa nos âmbitos social, cultural, psicológico e físico sejam ultrapassadas (MORAIS, 2010, p.332).

Na concepção de Segre, Silva e Schramm (1998), o princípio de autonomia, em seu sentido *lato* pode ser inscrito na protomodernidade da primeira comunidade cristã, quando esta instalou sua autocompreensão, desfazendo a tradição anterior, fundamentalmente pagã. No período anterior ao pensamento cristão, pode-se falar de autonomia, se ocorrer a procura pela concepção de que o processo de autonomização incide na gradual liberação das explicações puramente místicas. Estas elucidações atribuíam às forças naturais poderes que interferiam na vida humana e que os homens deveriam conjurar ou tornar favoráveis aos seus próprios desígnios.

Para Moraes (2010) a palavra “autonomia” se origina do grego (*autos*: “o mesmo”, “ele mesmo”, “por si mesmo” e *nomus*: “compartilhamento”, “lei do compartilhar”, “uso”, “lei”). Desta forma, pode-se definir autonomia como a competência humana em “dar-se suas próprias leis”.

Conforme cita Moraes (2010) a junção dos dois termos (*autos* e *nomus*) confere a definição de autonomia o significado de autogoverno; autodeterminação em que pessoa possa tomar decisões que afetam sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais. Neste sentido, tem-se que a autonomia se relaciona a capacidade do ser humano de decidir o que é bom para si e o que pode lhe trazer bem estar.

Também sobre a autonomia tem-se que:

Na tradição deontológica kantiana a autonomia é considerada como uma propriedade constitutiva da pessoa humana, que enquanto autônoma escolhe suas normas e valores, faz seus projetos, toma decisões e age em consequência. Já na tradição utilitarista iniciada por Jeremy Bentham e John Stuart Mill (que privilegia a autonomia porque esta maximizaria a longo prazo o bem estar geral), embora preservando a identificação entre a autonomia e liberdade individual, esta não se embasa na vontade, mas no agir útil. Esta diferença tem consequência importante porque conforme a concepção kantiana, infringir o princípio da autonomia consiste em violar a própria pessoa, ao passo que na concepção utilitarista infringir este princípio pode

ser justificado levando em conta outros objetivos desejáveis, úteis a própria pessoa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994, p.29 *apud* MORAIS, 2010, p.334).

Compreende-se que a autonomia se relaciona a capacidade do indivíduo em proporcionar a si mesmo benefícios, que dentro da norma legal podem ser utilizados para o bem próprio sem prejuízo para outras pessoas. Quanto ao princípio da autonomia se entende que o mesmo:

[...] requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente, ou de seu representante, levando em conta, em certa medida, seus valores morais e crenças religiosas. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida (corpo e mente) e o respeito à sua intimidade, restringindo, com isso, a intromissão alheia no mundo daquele que está sendo submetido a um tratamento. Considera o paciente capaz de autogovernar-se, ou seja, de fazer suas opções e agir sob a orientação dessas deliberações tomadas, devendo, por tal razão, ser tratado com autonomia (DINIZ, 2008, p.14).

Em um sentido amplo tem-se o princípio da autonomia enquanto direito do paciente de ter respeitada a sua vontade com relação a alguns fatores como os seus valores morais, éticos e religiosos.

De acordo com Moraes (2010), na definição da autonomia passa a ser incluída não apenas como um ensaio de aprender racionalmente o mundo, mas de dominar e avaliar as suas finalidades no contexto humano, por intermédio da razão subjetiva e autônoma. Ressalta ainda que:

No decorrer da idade moderna com Descartes, o eu é visto como substância, realidade dada a um sujeito que reflete sobre si mesmo. No século XVIII, Kant criticou o estatuto da realidade metafísica deste eu mostrando que a representação de si mesmo, não pode ser mais do que a maneira de todos os pensamentos do sujeito (MORAIS, 2010, p.334).

Segre; Silva; Schramm, (1998) dividem a autonomia em três tipos: do pensamento, da vontade e da ação. A primeira compreende a habilidade de tomar decisões e fazer juízos críticos; a segunda constitui a autonomia da vontade, ou seja, é a probabilidade de deliberar a partir da liberdade que se tem para decidir e, por fim, a terceira ou autonomia da ação é o resultado da união das duas primeiras, posto que o ser humano vive em sociedade em que existem possibilidades de ocorrência de impedimentos de ordem interna ou externa.

Diante da compreensão do que vem a ser autonomia, Miller (1995) aponta que esta como habilidade envolve graus e possui três elementos: a determinação, independência ou liberdade e a razão. O primeiro elemento, a determinação faz com que o indivíduo tenha consciência de seus anseios e busca satisfazê-los. O segundo se relaciona a independência ou ausência de influências controladoras e o terceiro elemento diz respeito à capacidade de tomar decisões alicerçadas na razão, possibilitando aos homens desenvolver a capacidade de reflexão e a possibilidade de tomar decisões alternativas.

Para Kottow (2003) o reconhecimento entre a vontade e a razão, faz do homem um ser completamente livre, originando uma noção que se eternizou na tradição ocidental que é a autonomia.

No entendimento de Mello (2008), a autonomia não tem somente um sentido, contudo o mais propício é o da racionalidade, enquanto elemento com capacidade legal para que o ser humano possa executar o processo de tomada de decisões. Neste sentido, o conceito de autonomia se relaciona diretamente a alguns fatores, como, por exemplo, racionalidade, capacidade, independência de controles externos e internos, liberdade de escolhas e submetimento ao seu próprio plano de ação.

Importante considerar o entendimento de Moraes (2010) que o sujeito autônomo tem capacidade para atuar livremente segundo um plano selecionado por ele mesmo, o qual é estruturado a partir de embasamento em crenças e valores próprios, mesmo que diferentes dos predominantes na sociedade em que se encontra inserido.

De acordo com Marchi e Sztajn (1998), define-se a autonomia enquanto um dos suportes dos direitos fundamentais do homem e, de forma específica, dos seus direitos de personalidade, que se encontram preceituados na Magna Carta de cada país e que envolvem o exercício da cidadania. No caso específico do Brasil, a consciência de cidadania teve a Constituição Federal de 1988 como um marco, pois remete o homem ao seu direito à vida, integridade física, às partes do próprio corpo, liberdade e à ação.

Neste sentido, o objeto do estudo aponta para a importância na

atuação dos profissionais da saúde, no que se refere à assistência à saúde das primíparas, visto que o período parturitivo é decisivo e influencia no resultado da experiência vivenciada.

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **2.1 Abordagem e Tipo de Pesquisa**

O presente estudo constituiu uma pesquisa do tipo exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Esta modalidade foi aplicada para melhor compreensão e discussão a respeito da experiência vivida pelas mulheres participantes desta pesquisa.

Para Gil (2002) a pesquisa do tipo exploratória descritiva permite ao pesquisador trabalhar dois pontos essenciais, o conhecimento mais amplo sobre a matéria analisada e a demonstração de características específicas do público ou objeto analisado.

Na avaliação de Minayo (2002) a pesquisa qualitativa tem a preocupação em analisar a realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo dos significados, aspirações, crenças, motivos, valores e atitudes. Caracterizado enquanto objeto das ciências sociais e direciona a compreensão do trabalho ao universo dos significados, ações e atitudes, crenças e valores, relações humanas e seus fenômenos, que não se enquadram como elementos do pensamento positivista, em suas equações, medidas e regras estatísticas, mas vai além possibilitando a construção de novos conhecimentos.

#### **2.2 Sujeitos Envolvidos**

O estudo buscou como sujeitos mulheres que tiveram sua primeira experiência de parto. Todas residentes no Município de Fernandópolis localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, e que concordaram em participar como sujeitos da pesquisa. Neste sentido, se observa que foram escolhidos os critérios de acessibilidade e aceitabilidade para compor a atores do estudo.

Os critérios de inclusão para a participação dos sujeitos no

estudo foram: mulheres que vivenciaram a experiência do trabalho de parto e parto pela primeira vez (primíparas), no 1º semestre do ano de 2011; puérperas primíparas que realizaram seu parto normal em um hospital geral, por se tratar de um hospital de caráter filantrópico conveniado com o SUS; mulheres que tenham sido atendidas pelo SUS e que estivessem na faixa etária entre 14 anos completos a 35 anos de idade, pois este é considerado como período reprodutivo e devido aos altos índices de primeira gravidez na adolescência.

Como critério de exclusão, a pesquisa não abordou mulheres não residentes em Fernandópolis-SP, mesmo que se encaixassem nos demais critérios.

Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, além da saturação dos dados, resultaram em 11 (onze) mulheres que experienciaram o primeiro parto.

### **2.3 Cenário da Pesquisa**

Foi escolhido Fernandópolis-SP como cenário da pesquisa, devido à experiência vivida pela pesquisadora na assistência de enfermagem à mulher no trabalho de parto, parto e puerpério no Município. Assim, a vivência ocorrida durante as aulas práticas e estágios da graduação provocou inquietações em relação aos princípios de humanização na prática dos profissionais de saúde.

Fernandópolis localiza-se a Noroeste do Estado de São Paulo, distante 555 km da capital paulista, 120 km da cidade de São José do Rio Preto, 80 km da divisa com o Estado de Minas Gerais e 85 km da divisa com o Estado de Mato Grosso do Sul. O município possui uma área de 549,5 Km<sup>2</sup>, incluindo o distrito de Brasitânia que se situa a 21 Km da sede (FERNANDÓPOLIS, 2005).

Segundo o IBGE (2010), no aspecto demográfico a população de Fernandópolis-SP corresponde a 64.696 habitantes, sendo 49% homens e 51% mulheres.

De acordo com dados de Pinto Neto (2004) encontram-se hoje estruturadas em Fernandópolis-SP uma Escola Técnica (ETEC), nível Estadual, com seis cursos técnicos integrados ao ensino médio e duas Instituições de Educação Superior (IES). Os cursos oferecidos por estas IES na área de ciências da saúde são: enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, biomedicina, odontologia, dentre outros. Ressalta-se que esta estrutura educacional de ensino superior, possibilitou ao Município se tornar conhecido como “Cidade Universitária”, trazendo com isso estudantes de diversos municípios e estados do país e, até mesmo, de alguns países da América do Sul, como argentinos, paraguaios, uruguaios, chilenos e venezuelanos.

A rede de serviços de saúde do município conforme esclarece Pinto Neto (2004) é constituída por diversas estruturas de caráter público estadual e municipal, filantrópico e privado. Dentro deste processo de descentralização/municipalização da saúde, Fernandópolis-SP adotou a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. A Secretaria Municipal de Saúde tem como gestora uma enfermeira. Foi estruturado um Conselho Municipal de Saúde com 16 (dezesesseis) membros efetivos, que realizam uma reunião mensal para a discussão das ações a serem executadas e, conta com representação paritária dos usuários segundo o que preleciona a Lei Federal nº 8142/90.

Quanto à rede hospitalar de Fernandópolis-SP a mesma é constituída por dois hospitais, um geral filantrópico, de médio porte sem fins lucrativos e outro privado de pequeno porte, com fins lucrativos e não credenciado ao SUS, sendo os dois responsáveis por todo o atendimento do município e região. A cidade também possui outros serviços como: Hemocentro, Hemodiálise subordinado ao Hemocentro de Ribeirão Preto e um Instituto Avançado de Doenças Cardiovasculares (IACOR), anexos ao hospital geral filantrópico.

A rede de serviços de saúde pública estadual é formada por um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), que iniciou suas atividades no mês de março de 2012, atendendo aos usuários do SUS dos treze municípios que formam a microrregião e o Centro de Reabilitação Lucy



Montoro, que será referência no atendimento aos portadores de necessidades especiais de aproximadamente 60 (sessenta) cidades vizinhas (FERNANDÓPOLIS, 2012).

A cidade conta com um Laboratório Regional do SUS, com amplas instalações para o atendimento dos usuários do SUS dos 13 (treze) municípios. Fernandópolis possui instalado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que desde maio de 2011 atende a população nos casos de urgência, incluindo traumas e violências.

A rede de serviços de saúde pública municipal é formada por 3 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 (treze) Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem capacidade de cobertura de 70% da população, 1 (um) Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), o Centro de Apoio à Saúde da Mulher Maria Nilze Vendramini Fernandes; Clínica de Saúde da Criança Dr. Antonio Abuissa Assad; Centro de Capacitação Rural – Programa Promovendo a Saúde no Campo e UBS do Trabalhador Rural Galdino Carlos Barbosa; Centro de Atendimento às Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias (CADIP); Centro Integrado da Saúde Carolina Lemos Rocha Botura Nuevo Fernandes e Centro Referência à Saúde Dr. José Milton Martins.

O fluxo de atendimento à gestante no Município de Fernandópolis-SP ocorre por intermédio da atenção primária à saúde nas UBS ou nas ESFs, em que são realizados o acompanhamento pré-natal de baixo risco.

Na ocorrência de complicações gestacionais a mulher é referenciada ao Centro de Apoio à Saúde da Mulher Maria Nilze Vendramini Fernandes, para o acompanhamento do pré-natal de alto risco. Nos casos em que seja necessário um acompanhamento de média e alta complexidade, a gestante é encaminhada para o AME de Votuporanga-SP.

Em virtude do início de trabalho de parto a gestante de baixo e de alto risco recebe atendimento no hospital geral filantrópico do Município, que é referência no atendimento à gestante de alto risco na microrregião a que pertence.

## 2.4 Instrumentos de Coleta de Dados

No que se referem aos objetivos e as fontes do estudo foram aplicados os seguintes instrumentos de coleta de dados: roteiro de pesquisa documental, roteiro de entrevista e diário de campo. Foi utilizado um gravador digital de voz para gravação das entrevistas. O uso de entrevista segundo Severino (2007) permite ao pesquisador aprofundamento no estudo, visto trabalhar o contato direto com o público pesquisado, absorvendo as reações a serem analisadas; o tom de voz no momento das respostas e a desenvoltura na informação.

O primeiro instrumento utilizado para a coleta de informações foi um roteiro de pesquisa documental (APÊNDICE A), que norteou esta fase exploratória e de aproximação com o campo de investigação e, desse modo, possibilitou o levantamento de dados como: nome, endereço, telefone, idade, data, hora e tipo de parto e estado civil. As informações foram levantadas por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Esta foi a forma mais fidedigna encontrada para obter os endereços das mulheres que passaram pela experiência do parto pela primeira vez em um hospital geral filantrópico no ano de 2011, posteriormente à solicitação e autorização por escrito cedida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Fernandópolis-SP (APÊNDICE B e C).

Para a coleta de informação com o público pesquisado também foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE D), que foi composta por questões abertas e um questionário com perguntas que possibilitaram caracterizar o perfil dos sujeitos da pesquisa. O roteiro de entrevista inicialmente contemplou informações julgadas como importantes para caracterizar as mulheres participantes do estudo, com o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico dessas mulheres e permitir melhor compreensão de suas experiências.

## **2.5 Passos Iniciais, Aproximação dos Sujeitos e o Estar Por Meio do Encontro**

Para descrever a experiência do trabalho de parto e parto foi imprescindível traçar uma estratégia que possibilitasse o acesso às pesquisadas, sendo que foram realizados encontros com as puérperas.

Em um primeiro momento foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fernandópolis-SP para apresentação do projeto e solicitação de autorização para desenvolvimento do mesmo. Após a autorização concedida pela Diretora Municipal de Saúde, estabeleceu-se contato com a enfermeira da Vigilância Epidemiológica local para apresentação do projeto e seus objetivos, sendo que este espaço representou a porta de acesso para coletar os dados referentes ao número de primíparas e endereço das mesmas para então solicitar a participação no estudo.

Num segundo momento foi realizado o contato com as mulheres selecionadas, por telefone ou por meio de visitas às suas residências. Contato em que foi solicitada a participação das mesmas na realização da pesquisa.

No momento do encontro a pesquisadora se apresentava à puérpera, descrevia o estudo, seus objetivos e sua forma de participação (voluntária), considerando garantia do sigilo das informações/anonimato de sua identidade. Após esclarecimentos sobre os instrumentos, as puérperas que aceitaram participar do estudo agendaram data e local de sua preferência para a realização da entrevista.

A escolha de técnicas para o trabalho de campo deve estar relacionada à natureza do problema a ser estudado. Nesse sentido, a entrevista semi-estruturada foi a técnica utilizada para aproximação da puérpera e seu mundo, pois permite flexibilidade nas conversas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, em razão da conveniência e da necessidade de obter depoimentos de mulheres primíparas no puerpério que vivenciaram a experiência do trabalho de parto e parto.

O desvelar da experiência do trabalho de parto e parto para as puérperas primíparas foi orientado por meio do processo metodológico da entrevista semi-estruturada, com maior ênfase nas questões abertas. Foram orientadas por um roteiro de caráter flexível, pois segundo Minayo (2010) considera-se que a pesquisa requer interação e esta poderia ser prejudicada diante da rigidez de um método.

As questões foram elaboradas no sentido de estimular um diálogo, em que as mulheres pesquisadas falassem dos sentimentos e observações quanto a sua primeira experiência vivenciada durante o trabalho de parto e parto, que formaram o conteúdo principal das análises.

Polit, Beck e Hungler (2004) recomendam aos pesquisadores que, ao utilizarem a entrevista semi-estruturada, tendo em mãos uma lista de tópicos a serem explorados. Este recurso atua encorajando os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia/roteiro, sendo esta uma função do entrevistador, o que foi executado no caso deste estudo.

De acordo com Martins e Bicudo (2005), o momento da entrevista não deve ser entendido como um momento mecânico e, sim, como um encontro social em que a relação pesquisador-pesquisado seja permeada pela empatia, intuição e imaginação.

O local escolhido pelas puérperas para a realização das entrevistas foram suas residências, sendo que para a privacidade e a não interferência de outras pessoas nos relatos da pesquisadora e da pesquisada e não interferência de barulho externo. Reduzindo os problemas de gravação das informações, optou-se pelo silêncio em locais como sala, cozinha e quintal, sempre sem a presença de pessoas que pudessem interferir na desenvoltura e memória para a veracidade dos relatos.

Independente do local de escolha das entrevistas para o repasse das informações, estas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES E; F), que foi disponibilizado em duas vias, uma para o sujeito da pesquisa e a outra para a pesquisadora.

Importante citar que quando a entrevistada era menor de idade, a pesquisadora optou por solicitar para um dos responsáveis como seria a participação das puérperas, sendo que nestes casos foram solicitadas as assinaturas também dos responsáveis, além do assentimento da envolvida.

Foi utilizado como recurso técnico o gravador digital, com a devida autorização para o registro dos discursos. O ato de gravar possibilitou o registro das experiências de forma fidedigna e a pesquisadora ficou livre para captar elementos não verbais (gestos, silêncio) que pudessem traduzir as experiências das entrevistas.

Ao final de cada encontro, mencionava-se a possibilidade de se realizar nova entrevista para esclarecimentos e/ou aprofundamentos, visando a melhor compreensão da experiência em estudo.

O período de coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2011 e o número de sujeitos da pesquisa foi definido ao longo do estudo, uma vez que esta decisão se orientou pelo critério de saturação dos dados, ou seja, até o ponto em que nenhuma informação nova foi adicionada e os dados considerados redundantes. Para Polit, Beck e Hungler (2004), o método de saturação é o princípio orientador da amostragem na pesquisa qualitativa.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e para garantir o anonimato das mulheres entrevistadas, adotou-se o código “P”, seguindo a numeração sequencial P1, P2, P3 e assim sucessivamente até o P11.

## **2.6 O Processo de Análise dos Dados**

Os dados foram analisados sob os fundamentos da análise de conteúdo, mais especificamente nas categorias temáticas de Bardin (2011), entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. A análise temática se constitui em buscar os “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação e, cujas presenças ou frequências de aparição puderam significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Na compreensão de Bardin (2011), essa técnica de análise desenvolve-se em três fases: pré-análise, seleção das unidades de análise e o processo de categorização.

Na primeira fase, foi realizada a pré-exploração do material por meio da leitura “flutuante”. Sendo que de acordo com Bardin (2011), este tipo de leitura tem como objetivo estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, buscando impressões e orientações. Assim, foram realizadas várias leituras de todo o material, buscando apreender, de uma maneira total, as principais idéias e os significados gerais.

Na segunda fase, foram selecionadas as unidades de análise (ou unidades de significação). Em conformidade com os objetivos da investigação, foram construídos os recortes das falas dos sujeitos, relatos e documentos. Para Bardin (2011) esses recortes permitem a identificação de unidades comparáveis de categorização, visando à análise temática e à modalidade de codificação para os registros dos dados.

Na terceira fase foi realizada a categorização, que corresponde a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, segundo o gênero.

Esse é um processo conforme esclarece Bardin (2011), que comporta duas etapas: a de inventário que isola os elementos e a de classificação que os reparte, portanto procura ou impõe certa organização às mensagens. Desta forma, o primeiro objetivo da categorização consistiu em fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

A análise final dos dados coletados foi realizada a partir da sistematização dos mesmos, considerando as questões problematizadoras e referencial teórico da pesquisa, fazendo um cruzamento que envolveu a pesquisa teórica e prática.

O desenvolvimento da análise dos dados apresentados neste estudo foi realizado por meio de categorização por tabulações no Microsoft Word e, as frequências resultaram da média aritmética entre os fatores.

## 2.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

Os roteiros de pesquisa documental, roteiro de entrevista, diário de campo e gravação de voz foram utilizados, somente para os propósitos desta pesquisa, permanecendo arquivados, sob a responsabilidade da pesquisadora, por cinco anos, como preceitua Brasil (1996) ao citar a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Conforme a Resolução 196/96, foi assegurada aos sujeitos da pesquisa, segundo a indicação no TCLE, a privacidade e a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização. Também foi garantido a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, em relação à autoestima e prestígio e/ou econômico/financeiro dos pesquisados.

Foi solicitado aos sujeitos, quando menores de idade, o assentimento e autorização dos pais ou responsáveis sendo convidados a assinarem o TCLE (APÊNDICE F).

Os riscos no desenvolvimento deste estudo se restringiram ao incômodo dos sujeitos disponibilizarem parte do seu tempo, para a realização da entrevista e, também, pelo recebimento da pesquisadora em sua residência ou local de sua preferência para a realização e gravação da mesma. No decorrer do estudo e na efetivação da pesquisa não foram evidentes outros riscos relacionados com a participação dos sujeitos na pesquisa, visto que foram mínimos por se tratar de uma pesquisa com entrevista.

## CAPÍTULO III

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

#### 3.1 Caracterização dos Sujeitos

As características específicas de cada puérpera, considerando os fatores que as levaram a fazer parte do estudo e a importância das singularidades, apontam para o fato de que ao conhecer tais elementos é possível traçar um perfil das pesquisadas compreendendo a necessidade de atuação humanizada por ocasião do trabalho de parto e parto.

Assim, o Quadro 1 apresenta os dados a serem apresentados e analisados, com informações socioeconômicas que delineiam o perfil das mulheres do estudo:

**Quadro 1:** Caracterização das puérperas. Fernandópolis-SP, 2011

Puérpera	Idade	Escolaridade	Ocupação	Religião	Estado civil	Renda familiar	Planejamento reprodutivo
P1	17	Médio Incompleto	Do lar	Evangélica	Solteira/ União Estável	2 salários mínimos	Não
P2	18	Médio completo	Do lar	Evangélica	Solteira/ União Estável	4 salários mínimos	Não
P3	26	Médio completo	Empresária	Evangélica	Casada	5 salários mínimos	Não
P4	19	Médio completo	Do lar	Católica	Solteira/ União Estável	2 salários mínimos	Não
P5	22	Médio completo	Costureira	Evangélica	Solteira/ União Estável	3 salários mínimos	Não
P6	18	Médio completo	Balconista	Católica	Solteira	1 salário mínimo	Não
P7	17	Fundamental completo	Do lar	Evangélica	Solteira	2 salários mínimos	Não
P8	23	Médio completo	Do lar	Católica	Solteira/ União Estável	2 salários mínimos	Não
P9	26	Médio completo	Vendedora	Católica	Solteira/ União Estável	3 salários mínimos	Sim
P10	19	Médio completo	Do lar	Evangélica	Solteira/ União Estável	2 salários mínimos	Não
P11	28	Superior completo	Comerciante	Católica	Casada	2 salários mínimos	Sim

Fonte: dados empíricos da pesquisa



Algumas informações como nome, endereço e telefone não foram aqui apresentadas por se tratarem de especificidades que somente dizem respeito para a pesquisadora quanto à formação de seu público e, as próprias pesquisadas no que se refere a ser parte de um público específico o de puérperas primíparas.

O primeiro dado apresentado foi a idade das onze mulheres que fizeram parte do estudo, visto possuírem as características desejadas (puérperas primíparas) com tratamento em hospital geral filantrópico de Fernandópolis-SP, que tiveram parto normal.

Uma importante característica do público pesquisado é o fato de que das onze mulheres que passaram pela primeira vez pela experiência do parto, especificamente parto normal, e faixa etária entre 17 a 28 anos. Conforme os dados coletados a maioria 54,5%, ou seja, seis mulheres se encontram na faixa etária entre 17 a 20 anos, com média de idade de 21 anos, o que apontou para uma faixa etária de mulheres mais alta do que um estudo citado por Rocha *et al.* (2005) em que as primíparas na cidade de Fortaleza-Ceará em um público com idade entre 13 a 19 anos e predominância na faixa entre 16 a 19 anos.

A taxa de fecundidade das mulheres em todo o Brasil vem passando por um processo de involução, sendo que em 2000 era de 2,38 filhos por mulher; em 2009 a taxa foi de 1,94 e no ano de 2010 uma taxa de 1,86, demonstrando uma queda contínua da fecundidade na última década. Enquanto o Estado do Rio de Janeiro apresentou a mais baixa taxa de fecundidade (1,62), o Estado de São Paulo apresentou a segunda menor taxa do país (1,63) no ano de 2010 (IBGE, 2010).

Sobre a fecundidade das mulheres brasileiras se observou que:

O padrão de fecundidade das mulheres brasileiras também sofreu alterações entre 2000 e 2010. A tendência observada até então era de rejuvenescimento, isto é, uma maior concentração dos níveis de fecundidade nas idades mais jovens. Em 2010, ocorre uma mudança, e os grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade, que concentravam 18,8% e 29,3% da fecundidade total em 2000, respectivamente, passaram a concentrar 17,7% e 27,0% em 2010. Para os grupos de idade acima de 30 anos, observa-se um aumento de participação, de 27,6% em 2000 para 31,3% em 2010 (IBGE, 2010, p.2).

Fazendo uma relação entre este estudo desenvolvido em Fernandópolis-SP e o estudo apresentado por Rocha *et al.* (2005), tem-se que a faixa etária das puérperas primíparas atendidas em hospital geral filantrópico é mais elevada no sudeste, com uma diferença de quatro anos na mínima e nove anos na máxima. Esta característica ocorre devido a fatores culturais e regionais, com mulheres contendo a primeira experiência puerperal jovens, muitas ainda mais fragilizadas e necessitando de um atendimento essencialmente humanizado.

Quando questionadas sobre o estado civil, os dados apontaram que existe o predomínio das participantes que viviam em união estável, em número de oito (73%), seguidas de duas casadas (18%), e uma solteira (9%). Dentre as participantes, oito (73%) relataram morar com o pai da criança, e três (27%) apontaram que não moram com o pai da criança.

Segundo Cecconello (2003) a convivência das parturientes com os pais de seus filhos torna-se um fator de proteção, que reflete positivamente no trabalho de parto e parto.

O fato de a maioria das puérperas entrevistadas (73%) relatar “morar juntos” ou “estar juntas” com o pai de seus filhos caracteriza uma união estável com parceiro fixo e pai de seu filho e um processo que eleva os fatores de proteção. Importa considerar que a legislação brasileira assegura os direitos civis da criança sendo os pais casados ou não, isto posto tem-se a importância destas famílias construídas a partir da união estável.

Por outro lado, cabe considerar, segundo Mello e Lima (2002) existe um contexto de fragilidade nas uniões estáveis, ainda mais quando envolvem menores, assim, podem desfazer-se em pouco tempo devido à instabilidade da jovem, trazendo prejuízos especialmente para a mulher e as crianças, que nesta relação são as mais fragilizadas. Principalmente na adolescência e início da juventude, a mulher pode enfrentar dificuldades em sua primeira união consensual, passando daí a buscar segurança em outro companheiro desfazendo essa relação e constituindo um novo relacionamento ou, em alguns casos, pode retornar aos estudos e/ou trabalho.

A questão posterior, ainda traçando o perfil das mulheres pesquisadas, identificou o nível de escolaridade, considerando a importância em conhecer este dado para avaliar o potencial de instrução das jovens puérperas primíparas.

Assim, a tabela 1 ficou representada da seguinte forma:

**Tabela 1:** Distribuição das entrevistadas, segundo a escolaridade. Fernandópolis-SP, 2011

<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Ensino Fundamental Completo	1	9
Ensino Médio Completo	8	73
Ensino Médio Incompleto	1	9
Ensino Superior Completo	1	9
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados empíricos da pesquisa

Chama-se atenção para a maior percentagem (73%), para a conclusão do ensino médio, representando uma população de baixa escolaridade, em que uma (9%) tinha o ensino médio incompleto; uma (9%) possuía ensino fundamental completo e uma (9%) concluiu o ensino superior.

Para Mello e Silva (2002) a escolaridade da gestante torna-se um fator importante, pois fornece informações de como conduzir as orientações tanto na atenção pré, quanto na trans e pós-natal. Neste sentido, foi relevante coletar esta informação e, sob um olhar social, oferecer aos órgãos de saúde pública e aos profissionais da área uma demonstração não apenas do perfil das puérperas primíparas, mas a importância em receberem instruções sobre a parturição.

Estas instruções deveriam ocorrer no planejamento reprodutivo e durante o pré-natal, todavia, há que se considerar a necessidade inequívoca a continuidade destas instruções também durante o processo parturitivo.

Quanto à ocupação profissional das mulheres que fizeram parte do estudo, cinco (45,5%) responderam que cuidam do lar, demonstrando um elevado índice de mulheres que ainda executam ações de trabalho

conforme lhe é imposta pelo gênero. Segundo Saffioti (1987) mesmo quando a mulher tem uma atividade fora de casa, ainda que remunerada, as atividades relacionadas ao cuidado da casa é, na maioria dos casos, responsabilidade das mulheres.

Em outros casos, ainda de acordo com a mesma autora, existem mulheres que não exercem nenhuma atividade profissional remunerada, mas são responsáveis pelos cuidados da casa, esposo e filhos. Todavia, é pertinente que as mulheres desempenhem funções remuneradas, com o intuito de colaborar com o sustento da família.

Outro importante dado está relacionado com a renda familiar das mulheres que formaram o público pesquisado.

**Tabela 2:** Distribuição das entrevistas, de acordo com a renda familiar. Fernandópolis-SP, 2011

<b>Renda Familiar</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Igual a um salário mínimo	1	9
Entre 2 a 3 salários mínimos	8	73
Entre 4 a 5 salários mínimos	2	18
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fonte: dados empíricos da pesquisa

Verifica-se na Tabela 2 que a maioria das entrevistadas, oito (73%) possuem como renda familiar a variável entre 2 a 3 salários mínimos. Esta renda caracteriza-se, muitas vezes pela atividade laboral do parceiro para a subsistência familiar, posto que cinco mulheres (45,5%) das pesquisadas responderam não exercer atividades profissionais fora do lar, vivendo assim sob a dependência financeira dos companheiros ou pais, no caso de algumas menores de idade.

Em relação ao planejamento reprodutivo, nove (82%) participantes da pesquisa relataram não ter planejado a gravidez, porém dez (91%) delas disseram que a gestação foi desejada, principalmente pelo casal e pela família.

Quanto ao planejamento reprodutivo, quando ocorre, significa que as mulheres são informadas sobre todo o processo de concepção, gestação e parto. Neste sentido, é importante citar o entendimento de Pasche, Vilela e Martins (2010), sobre a necessidade das mulheres terem

conhecimento e agir de forma a ter no planejamento reprodutivo, um aliado aos cuidados com sua saúde e da criança, tendo uma gravidez desejada e não sofrendo com agressões ou escárnio de qualquer forma. Isto porque, a violência pela falta de planejamento pode gerar um quadro de violência psicológica, moral e até física contra as mulheres.

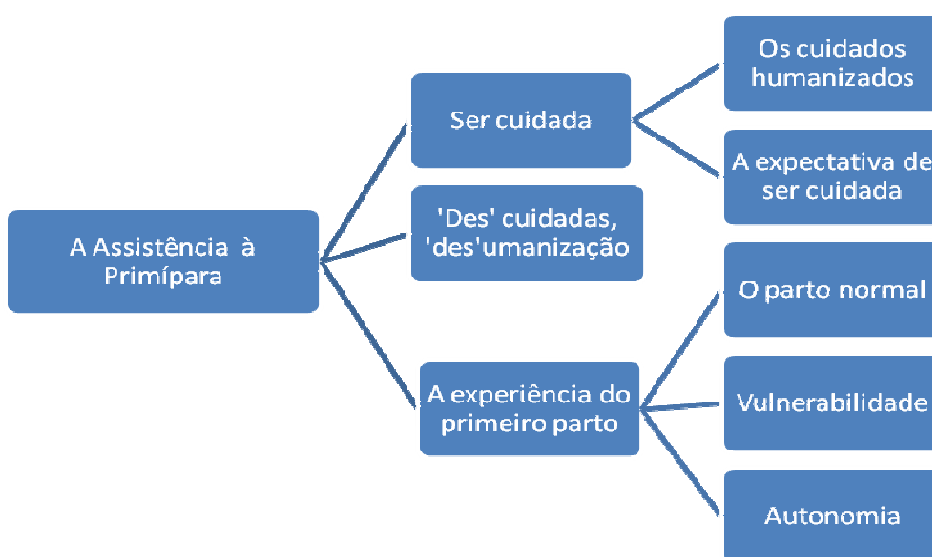
O planejamento reprodutivo, segundo Brasil (1984) é fator que pode gerar um quadro favorável à condição feminina, visto que a responsabilidade pela criação e educação dos filhos em sua maioria recai sobre a mãe, bem como, cabe à mulher ter domínio por seu corpo e desejo de ter ou não filhos; segundo a sua capacidade física, mental e psicológica; vontade de ser mãe e possibilidade sociocultural.

### 3.2 Apresentação e Discussão das Categorias

Do processo de análise de conteúdo temática emergiram três categorias apresentadas a seguir na Figura 1 e discutidas na sequência, quais sejam: ser cuidada; 'des'cuidadas, 'des'umanização e experiência do primeiro parto.

A Figura 1 ficou assim apresentada:

**Figura 1:** Categorias e subcategorias emergidas do processo de análise dos dados empíricos da pesquisa. Fernandópolis-SP, 2011



As categorias emergidas revelaram o tema “A assistência à primípara” que os sujeitos da pesquisa vivenciaram, para tanto elas foram: a primeira “Ser cuidada” com as subcategorias “Os cuidados humanizados” e “A expectativa de ser cuidada”. A segunda categoria “Des’cuidadas, ‘des’umanização”. Como terceira categoria constituiu “A experiência do primeiro parto” com as subcategorias “O parto normal”, “Vulnerabilidade” e a “Autonomia”.

Conforme a OMS (1996) e do MS (BRASIL, 2001a) a humanização é um fator preponderante, tanto no período de trabalho de parto, quanto no parto, sendo que a mulher deve ter seus direitos respeitados, não sendo tratada de forma a não sofrer problemas físicos, psicológicos ou mentais. Outro aspecto relacionado a este fator é que a humanização na vivência da gestante envolve tanto a instituição em que ocorre o acompanhamento da gravidez e o nascimento da criança, quanto os profissionais da saúde e os familiares.

Na Tabela 3 foram apresentadas as frequências e percentagem das unidades de registro do *corpus* da pesquisa que compuseram as categorias do estudo.

**Tabela 3:** Frequência e percentagem das unidades de registro que compõem as categorias que emergiram do processo de análise. Fernandópolis-SP, 2011

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Ser cuidada	76	33
'Des'cuidadas, 'des'umanização	69	30
A experiência do primeiro parto	85	37
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

Fonte: dados empíricos da pesquisa

Segundo a Tabela 3, a experiência do primeiro parto foi à categoria que apresentou frequência e índice mais elevado, sendo que as análises seguem nos subtópicos a seguir.

### 3.2.1 Ser cuidada

Esta categoria foi constituída por 33% das unidades de registro do *corpus* da pesquisa e revela os momentos em que as primíparas se sentiram cuidadas ou o cuidado idealizados por elas.

A categoria “ser cuidada” evidencia alguns pontos específicos, como o fato de os profissionais da saúde estar preparados para cuidar das mulheres no trabalho de parto e parto, bem como, das relações familiares em que as mulheres têm afeto de familiares, especialmente, os esposos.

O “ser cuidada” traz em seu bojo a compreensão acerca da humanização na saúde e a necessidade de um tratamento especial com as mulheres, que neste período se encontram em um processo de vulnerabilidade. De acordo com Cecconello (2003), deve considerar os fatores de risco reduzindo-os a partir da proteção, que envolve a família, especialmente, o parceiro destas mulheres.

#### 3.2.1.1 Os cuidados humanizados

Quanto ‘os cuidados humanizados’ mostra justamente os cuidados que as mulheres em trabalho de parto receberam da equipe de saúde no centro obstétrico.

Pelos fragmentos de fala das entrevistadas elas se sentiram cuidadas durante o trabalho de parto e parto quando os profissionais mantiveram uma postura de acolhimento

“Aí depois as outras enfermeiras e o médico chegou e melhorou [...] As outras duas técnicas estavam no parto com médico e elas me levaram para a sala, quer dizer, pro quarto, depois levaram o bebê. Tinha a enfermeira que cuidava de mim e a enfermeira que cuidava dele.” (P1)

“[...] A equipe que eu tive meu filho foi maravilhosa sabe [...] educada, atenciosa! O médico foi maravilhoso! Ele brincava, não deixava você assim ficar lá triste, ele descontraía. Nosso, médico maravilhoso!” (P2)

“Acho que a atenção. Tudo o que eles tinham de fazer eles faziam com atenção, com carinho assim, e eu acho que foi a melhor coisa.” (P2)

“A atenção foi praticamente toda ali pra mim. E na sala também depois do parto eu fui bem recebida. No pré-parto também, a

enfermeira ficava conversando comigo, me ajudando, para eu ficar mais calma, para eu não sair do controle.” (P6)

De acordo com as primíparas (P1); (P2) e (P6) que participaram do estudo, a equipe que acolhe é aquela que torna o ambiente agradável, demonstra sensibilidade e faz com que elas se sintam importantes e únicas. Ocorreu, portanto, o que é identificado por Ferreira (2010) acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender e admitir, demonstrando para a pessoa que não está sozinha no importante momento que vivencia em sua existência.

Neste sentido, segundo Alexandre (2007), as ações de Políticas Públicas voltadas para a saúde da mulher foram reformuladas, trazendo dois pontos especiais o acolhimento e atendimento humanizado em todas as etapas de sua vida, enfatizando os benefícios que este tipo de tratamento pode trazer para as gestantes e seus filhos.

E, ainda, o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, que segundo Brasil (2006) é essencial para que o trabalho de parto e parto ofereçam segurança e bem-estar para a mulher e a criança.

De acordo com Brasil (2006):

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética-estética-política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006, p.18).

O acolhimento como ação técnico-assistencial traz uma reavaliação do processo de trabalho em saúde dando ênfase nas relações. Neste sentido, segundo Brasil (2006) presume-se a ocorrência de uma mudança na relação do profissional com o usuário e sua rede social; do profissional para o usuário, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, passando a reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.



Atenta-se para o fato que no Programa de Humanização, o acolhimento é uma das ferramentas recomendadas pelo MS como participante do processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas para que ocorram as ações de acolhimento de forma a perpetuar a saúde e segurança da mulher os profissionais que atuam nesta área devem estar comprometidos (BRASIL, 2006).

A atitude de acolher também se refere, segundo Casate e Corrêa (2005), a estar em relação com algo ou alguém. Neste sentido, quando se encontra articulada com as demais propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde, o acolhimento passa a ser um dos importantes recursos para a humanização dos serviços de saúde.

Contudo, Casate e Corrêa (2005), apontam que a humanização dos serviços de saúde não deve ser vista como um modismo, e, sim, como uma ferramenta que vai além das técnicas, instrumentais, e que envolve as dimensões políticas e filosóficas que lhe dão sentido.

Em um significado específico Ferreira (2010), considera que a humanização tem como princípio tornar humano, isto significa dizer humanar tanto a pessoa que necessita do acolhimento, quanto o profissional ou pessoa que, em um ato de amor, age de forma humanizada e humanizadora em relação aos acolhidos.

As falas da (P6); (P5) e (P11) revelam a importância do apoio que a equipe pode oferecer as pacientes, o que torna o cuidado mais humanizado e reflete positivamente na experiência vivenciada pela mulher:

“Foi da enfermeira chefe. Que ela ficou ali nas contrações conversando comigo, me fazendo ficar mais calma [...] na hora do parto ficava sempre conversando, pra eu não ficar desesperada, fazer as coisas certas. Acho que foi o que eu mais gostei sim. Foi tipo, talvez não como enfermeira ou médica, mas como uma amiga, uma acompanhante.” (P6)

“O cuidado que eu tive [...] que parece que a pessoa se preocupa com você, foi da enfermeira chefe. Tudo o que eu pedia ela conseguia, ela me ajudava. ‘Vamos ao banheiro [...] fica calma!’ [...] psicologicamente conversando também.” (P5)

“Acho que a enfermeira (técnica de enfermagem) que estava lá comigo [...] mas ela assim, tentava me deixar sempre mais aliviada, me deixando com palavras mais confortáveis, diferente do médico.” (P11)

Neste sentido, as declarações reforçam a literatura, pois o fato de estar junto e ouvir a mulher neste momento tão singular que é a experiência do primeiro parto possibilita uma relação humanizada, seja por parte dos profissionais da saúde ou da família. Ouvir é uma prática que principia um acolhimento e que demonstra a valorização do cuidado humanizado. Neste sentido, Atkinson e Murray (1989) consideram importante que os profissionais da saúde tenham boa comunicação com as pacientes e saibam acolher de forma a tornar este momento menos estressante para a mãe e a criança.

Conforme o entendimento de Stefanelli (1993), os profissionais da área de saúde que se preocupam com o ser humano desenvolvem meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao mesmo uma existência mais digna, envolta de compreensão e apoio, tornando-se menos solitária.

No que se refere à equipe técnica e à atenção da enfermeira, verifica-se que houve a chamada comunicação terapêutica, conforme destaca Atkinson e Murray (1989) e Stefanelli (1993) a comunicação estabelecida entre enfermeiro-paciente deveria ser aquela fundamentada nos princípios da comunicação terapêutica, com a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente. O que aperfeiçoa e colabora com a prática de enfermagem, criando oportunidades de aprendizagem e despertando nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

A comunicação terapêutica conforme Potter e Perry (2004) permite uma interação entre enfermeiro e paciente, o que proporciona a oportunidade de se criar um relacionamento humano que alcance os objetivos da assistência. O uso da comunicação terapêutica pelo enfermeiro aumenta a aceitação e a compreensão do paciente quanto à realização dos procedimentos, atendendo suas necessidades. Além de criar condições para que o profissional de enfermagem possa efetivar mudanças e, promover o bem-estar do paciente em um processo de humanização e fortalecimento das relações enfermeiro/paciente.

A comunicação terapêutica não é um processo executado de forma aleatória ou sem fundamentos científicos é formada por técnicas específicas para a sua execução, em que os profissionais da saúde, enfatizando os enfermeiros devem seguir um rol de ações que sintetizam a boa relação e comunicação com os pacientes. Ouvir reflexivamente é uma das técnicas mais efetivas desta comunicação, assumindo seu caráter de instrumento essencial para o estabelecimento do relacionamento terapêutico.

De acordo com Kron e Gray (1994), ouvir torna-se um dos principais instrumentos, e por intermédio dele se obtém informações valiosas e, quando o profissional deixa de ouvir renuncia a um dos objetivos da comunicação, que é ficar sabendo sobre a outra pessoa, no intento de compreendê-la e, se possível minimizar o seu sofrimento.

Conforme Stefanelli (1993), ouvir é um método não-verbal de comunicação e, por ele se transmite ao paciente que o mesmo é aceito e respeitado como ser humano. Dessa forma, afirma-se também que ele é reconhecido pelo enfermeiro como um sujeito, o que torna importante e significativa à relação entre eles. Esta técnica permite também uma melhor percepção dos sinais da comunicação não-verbal emitidos pelo paciente.

Para ouvir o paciente, segundo Stefanelli (1993), o profissional da saúde deve atentar para não julgar o conteúdo do pensamento expresso, voltando sua atenção ao paciente, pensando reflexivamente sobre o que ele diz para viabilizar a compreensão do significado do que está sendo dito.

Muitas vezes o processo de atenção ao parto em serviços de saúde que assistem as mulheres fica sob a responsabilidade da equipe de enfermagem, como afirma uma das mulheres entrevistadas:

“[...] então eram mais as enfermeiras (técnico de enfermagem) que ficavam com a gente.” (P1).

A importância da atividade do profissional enfermeiro no processo de humanização da saúde, cuidados as gestantes e acolhimento no trabalho de parto e parto pode ser compreendida a partir do

entendimento de Pasche, Vilela e Martins (2010), que apresentam o fato de o MS ter em 1998, oficializado a assistência ao parto normal pelo enfermeiro obstetra. Neste sentido, pode-se considerar que o profissional da enfermagem vem se capacitando para esta importante atividade.

Na atenção ao parto a prática de ouvir, apoiar e estimular faz o diferencial neste momento especial, como mostra esta fala:

“Que eu não vou aguentar!’ Eu tava desistindo de tentar o normal. Aí de tanto que ela conversou comigo, ela (técnico de enfermagem) me convenceu a ir tentando né, e foi bom [...]” (P9)

Para Atkinson e Murray (1989) os profissionais da enfermagem devem ter boa comunicação com os pacientes, sendo que esta comunicação não é somente falar, mas, também, ouvir o que elas têm a dizer e a demonstrar a partir de ações e reações vivenciadas no trabalho de parto e parto.

É necessário reconhecer que estar ao lado da paciente e disposto a ouvi-la são ações terapêuticas que reflete positivamente no processo de parturição.

Outros sujeitos que também participaram do acolhimento na atenção às primíparas foram os estagiários, sobre os quais foram coletadas as seguintes avaliações, segundo a (P2) e (P11):

“Ah sim, a enfermeira (técnico de enfermagem) foi a ‘Y’, e o médico foi o ‘X’ e tinha vários estagiários, um eu lembro que foi o que ficou até o final era ‘Z’ [...]” (P2)

“Junto com esse médico, tinha estagiárias de medicina. Então elas vinham muito conversar comigo. Com isso eu brincava muito, que eu estava com muita dor. Eu brincava muito pra rir [...]” (P11)

Quando ocorre o acolhimento, no caso dos estagiários, evidencia-se que estes profissionais devem compreender a importância de seu papel em todo o processo que envolve as ações de acolhimento do paciente, que no caso deste estudo, se relacionou a mulheres em trabalho de parto e parto.

Nesta pesquisa continua-se o que foi identificado em um estudo realizado por Dilly (1988), com pacientes egressos de unidades de

internação, cujo objetivo geral foi investigar como o paciente hospitalizado reage a assistência de enfermagem que lhe é prestada por alunos de graduação em enfermagem, o resultado revelou que as ações do estagiário de enfermagem, que mais agradaram ao paciente hospitalizado foram as que visaram a interação enfermeiro-paciente.

Para Meneghel *et al.* (2003), esta interação enfermeiro-paciente é capaz de reduzir ou aumentar os fatores de risco e de proteção do paciente, sendo importante que ocorra o acolhimento e humanização no atendimento estreitando as relações que podem efetivamente reduzir os riscos dos pacientes.

A prática de oferecer informações também foi descrita pelas mulheres entrevistadas e que pode ser identificada como uma atenção humanizada:

“E aí foi melhorando o atendimento [...] Porque eles explicaram e tudo!” (P1)

“Eu perguntei bastante coisa assim sabe, aí e eles respondem numa boa [...] tiraram as minhas dúvidas.” (P2)

Fica evidente na fala da (P2), que o trabalho de parto e parto são momentos de reflexões e dúvidas que, por vezes, fragilizam as mulheres, necessitando estas de atendimento humanizado e acolhimento de forma a reduzir o medo e os sentimentos negativos e contraditórios que envolvem a mulher neste período.

Neste sentido, destaca-se que no momento da parturição a mulher passa por um instante de vulnerabilidade, sendo que de acordo com Abramovay *et al.* (2002), um trabalho humanizado por parte dos profissionais da saúde, como os enfermeiros e o acolhimento pode reduzir esta vulnerabilidade.

Quando ocorre esta troca de informação entre enfermeiros e pacientes ocorre um processo capaz de dar maior confiança e tranquilidade para as mulheres, sendo que de acordo com Domingos, Santos e Leal (2004), esta comunicação deve ser executada com atenção, carinho, dedicação, receptividade e acolhimento.

A orientação durante a assistência também foi lembrada pelas primíparas pesquisadas:

“Eu perguntei para enfermeira se podia fazer força, bastante força. E ela falou sim, que era bom que ajudava no trabalho de parto.” (P4)

“Hora que o neném nasceu eu perguntei se eu podia ver minha bolsa na hora que ela tirou tudo, e ela me mostrou. Vieram me mostrar o neném. Tudo que eu tive vontade eu perguntei. Reagiram normal, me mostraram, não fizeram cara feia e nada [...]” (P1)

“[...] eu perguntava só pra enfermeira (técnico de enfermagem), ela era ótima, foi a que mais me ajudou lá, muito boazinha, tudo que eu queria saber eu perguntava pra ela, ela chegava e me falava [...]” (P3)

“A dúvida que eu tinha, eu perguntava pra ela (técnico de enfermagem). Era dessa dor, se era assim [...] Ela falava que era normal, que era pra ter calma, paciência. E sempre ali. Toda hora eu chamava ela.” (P9)

As falas das mulheres (P1); (P3); (P4) e (P9) são claras quando apontam os benefícios no trabalho de parto e parto quando fizeram questionamentos para os enfermeiros e tiveram respostas que facilitaram o momento do nascimento de seus filhos. Conforme aponta Honga *et al.* (2002), a comunicação é o saber falar e o saber ouvir, refletindo na troca de mensagens e de conhecimentos que podem agregar valores a vivência das pacientes.

O relacionamento interpessoal entre enfermeiros-pacientes é um instrumento de fortalecimento da qualidade de vida e respeito a dignidade da mulher, sendo que no momento do trabalho de parto ou parto, esta relação reflete-se na redução do estresse da mulher e no benefício para toda a equipe de profissionais (médicos, enfermeiros, estagiários).

No momento em que o profissional de saúde acolhe o paciente, passa a ocorrer um processo de respeito e valoração de ambas as partes, o que tem como princípio a humanização. Além de que segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), os pacientes têm direito a informação conforme preceitua a OMS quanto às recomendações para um bom trabalho de parto e parto.

Durante os procedimentos técnicos as mulheres também se sentiram cuidadas humanamente:

“A enfermeira chefe já ficou comigo, fez procedimento pra dilatar mais, via as contrações é que tanto, qual os minutos e segundos, sei lá [...] não entendo muito bem [...] de uma contração até a outra.” (P6)

“[...] na hora que chegou essa técnica de enfermagem na hora que deu o sorinho e tudo, que estava preparando, é que elas foram me falar que quando viesse a contração para fazer força.” (P8)

“[...], e a enfermeira (técnica de enfermagem), não lembro o nome dela, foi muito boa comigo! Aí ela me raspou, fez lavagem, deu o remédio acho que pra lavagem e tudo né, foi normal [...]” (P9)

“[...] eles colocavam de soro eu perguntava pra que era, aí acho que era uma técnica (de enfermagem), era técnica de enfermagem, e falava: ‘Não, isso aqui é para te alimentar’, o outro que eu não lembro o nome, era para diminuir a dor. Me explicaram.” (P11)

Os estudos confirmaram as situações em que o profissional faz a ‘coisa certa’, isto é, atua conforme as orientações para atenção ao trabalho de parto e parto, também foi percebido como um cuidado humanizado. Sendo que a humanização de acordo com Osis (1998), envolve um conjunto de ações executadas no atendimento das necessidades do paciente, sendo que no caso das mulheres um acolhimento que lhe possibilita o sentimento de proteção e recuperação de sua saúde.

Humanizar a saúde é como mencionou a fala da (P9) ao relatar que a técnica de enfermagem “foi muito boa comigo!”, demonstrando carinho para com a profissional e, especialmente, em sua entonação de voz apresentando o reflexo afetivo do sentimento e acolhimento recebidos.

Ainda sobre as vivências no momento do trabalho de parto e parto:

“Ela (técnica de enfermagem) falou pra eu não fazer tanta força, pra deixar pra hora do parto, senão eu ia ficar cansada. Então tudo quanto é dúvida eu perguntava pra ela, e ela esclarecia.” (P9)

“Aí meu marido me levou de novo lá no hospital, aí já era a doutora X, aí ela falou que ele não podia ter me mandado embora, que era pra eu ficar lá [...]” (P10)

“Na hora que é levado lá pra cima, eles não deixam mais a gente ir a pé, eles levam a gestante na cadeira de rodas, do pronto socorro para o centro obstétrico” (P10)

Na fala da paciente (P10) o seu marido foi importante no momento de sua volta para o hospital, demonstrando que a família tem importante papel no trabalho de parto e parto.

Quanto a isso, é importante ressaltar a compreensão de Pasche, Vilela e Martins (2010), de que a família, especialmente o esposo, teve e tem papel essencial para a atenção no processo de parturição. Isto posto, entende-se que o acompanhamento do esposo junto a mulher no trabalho de parto e parto passa a ser uma forma de participar deste importante momento, em um ato de carinho e demonstração de afeto, que gera maior segurança e menor estresse neste período.

Outro importante aspecto que foi observado neste estudo foi o fato do profissional se identificar para os pacientes, dando-lhes segurança de que estão ali para atendê-las e oferecer uma assistência humanizada, como se observa nas falas de (P3) e (P11).

“Sim, (todos os profissionais se identificaram) tinha uma enfermeira (técnico de enfermagem), duas estagiárias de medicina, e o médico.” (P3)

“Eles tinham um crachá, então sabia quem era quem, os identifiquei [...]” (P11)

Observa-se nas falas das mulheres (P3) e (P11), que a simples identificação dos profissionais quando entram na sala, lhes possibilita maior conforto no momento do atendimento. Sendo que a humanização na saúde é alcançada a partir de ações como esta, que embora sejam simples, tornam-se diferenciais no momento em que a mulher está fragilizada pelo temor ou insegurança no nascimento do primeiro filho.

A insegurança do novo e desconhecido gera na primípara sentimentos contraditórios, construindo um estado de vulnerabilidade, que segundo Schenker e Minayo (2005), podem gerar fatores de riscos que influenciem de forma negativa a saúde da mulher e da criança. Assim, resta ao profissional chegar até a paciente, identificar-se, ouvi-la, responder aos seus questionamentos e acalmá-la para um bom trabalho de parto e parto.



Quanto aos aspectos que envolveram a segunda categoria de análise, têm-se os acontecimentos que geraram a expectativa de ser cuidada.

### **3.2.1.2. A expectativa de ser cuidada**

Quanto à 'A expectativa de ser cuidada' emergiu do agrupamento das unidades de registro que se referiram na forma idealizada de cuidado das mulheres sujeitos do estudo.

“Ah! Foi muito bom, porque foi meu primeiro filho, né. Eu gostei muito. A recepção não foi como eu esperava [...]” (P1)

“Porque eu imaginava que ia ser totalmente diferente, que eu ia sofrer muito mais. Eu sofri muito menos do que eu esperava! Então foi bom!” (P2)

“Na hora do parto foi boa, fui bem recebida tudo. Foi ótimo!” (P6)

Observou-se segundo as falas de (P1); (P2) e (P6), que a expectativa de ser cuidada foi superada, com as mulheres fazendo comentários positivos quanto à forma que foram acolhidas, demonstrando que a atuação dos profissionais da enfermagem no hospital em que foi realizada a pesquisa se apresenta de qualidade, atingindo objetivos de humanização e acolhimento.

Isto confirma o que destacam Dias e Deslandes (2006), dentre as muitas expectativas que envolvem as mulheres por ocasião do primeiro filho são as questões relacionadas com o fato de possivelmente não “ter tempo” de chegar ao hospital, outra expectativa é com relação às dores do parto, com ênfase para o normal.

É importante citar que nas falas de (P1); (P2) e (P6), observa-se que existia a expectativa com relação ao medo e a dor, foram concretizadas neste estudo, porém o que se observou foi que a realidade se apresentou com menos intensidade de dor e sofrimento. O mesmo foi identificado em estudo realizado no Município do Rio de Janeiro

Domingues *et al.* (2004) também superaram positivamente suas expectativas, apontando que a dor sentida foi menor do que a esperada.

As expectativas com relação ao sofrimento e problemas que possam ocorrer na vida das mulheres em um importante momento de suas vidas ficam ainda mais visíveis quando se compreende o entendimento de Dias e Deslandes (2006). Os mesmos autores declaram que desde a década de 1970, a antropologia médica vem resgatando as expectativas e vivências das primíparas, sendo que consideram o trabalho de parto e parto como um marco na vida destas mulheres, que intensificam sentimentos e vivências por ocasião das expectativas antes e depois do nascimento das crianças.

Outros fragmentos de falas revelaram a forma com que gostariam de ser assistidas durante o trabalho de parto e parto

“[...] mas na hora você tá com dor, você não lembra, você tem que ter alguém para te ajudar, para te apoiar, para te dar força!” (P1)

“A atenção, carinho, não ficar bravo sabe [...] Ser grosso [...] Essas coisas. Acho que é um momento que você está tão delicada, tão frágil ali que você tem que ter atenção, paciência. Eu acho que seria o mais ideal.” (P2)

“Acho que mais respeito às pessoas tem que ter, nos lugares que você vai, qualquer lugar tinha que ter bastante respeito, educação. Porque nem todos têm. Acho que isso.” (P6)

“Eu acho que falta um pouco de paciência com a gente. Igual a mim que era a primeira vez, eu não tinha noção do que eu teria que fazer né. Foi só isso que eu achei meio [...] falho.” (P8)

“Eu acho que ele (o médico) tinha que ter um pouco mais de paciência.” (P11)

“Eu gostaria de ter tido mais instrução. Que na hora de vim a contração, teria que fazer força e eu não sabia disso. Antes né, não só na hora que está lá na sala de parto.” (P8)

“[...] atenção, nestas horas a gente precisa de bastante atenção né. Estar conversando bastante com a gente, porque nessa hora, é meu primeiro trabalho de parto, então eu não sei exatamente o que é pior [...] Eu sei que foi bom pra mim, não faltou nada. Mas sei lá, ser bastante atenciosa, conversar bastante com a gente, pra diminuir o nervosismo, é bom [...]” (P10)

As mulheres (P2); (P8) e (P11) relataram em suas falas que é necessário que os enfermeiros e médicos tenham mais paciência, pois a (P11) evidenciou que o médico que lhe atendeu usou de forma inadequada no atendimento não demonstrando paciência.

Conforme relatam Lopes *et al.* (1996) o poder médico vem sendo discutido com maior intensidade nos últimos anos, sendo importante salientar que este poder demonstrado com a falta de paciência, geradora de um quadro de fragilização da mulher no trabalho de parto e parto, momentos em que ela necessita de acolhimento.

O atendimento humanizado pode efetivamente demonstrar o poder médico a ser exercido e não, como salientam Lopes *et al.* (1996), um forma de escárnio ou dificuldade de relações com os profissionais da enfermagem ou os pacientes.

Quanto às práticas desejadas para a atenção ideal, foram citados pelos sujeitos da pesquisa atitudes profissionais nada mais do que aquelas apresentadas na primeira subcategoria, formada a partir das unidades de registro que indicaram um cuidado humanizado. A atenção, paciência e o estar ao lado foram lembrados como ações positivas, como se observa nas falas:

“Ah eu acho que acima de tudo é o respeito. Você não precisa estar no melhor quarto, na melhor cama, mas acho que eles têm que ter um pouquinho mais de respeito com a gente, principalmente pelo momento, que a mulher fica sensível, ela fica com medo [...] quando é a primeira gestação, ela não sabe de muita coisa [...] quando a gente é mais nova, é inexperiente de muita coisa, então você quer acima de tudo um respeito [...]” (P3)

“A assistência apropriada não precisa de muito luxo [...] só do médico, dos profissionais estarem ali do teu lado, te orientando, te explicando [...] estar o tempo todo, fazendo você se sentir que não é qualquer uma que está ali dentro. Estar te acompanhando [...] Eu acho que isso que é o importante [...] se você chama, só da pessoa ir lá e te ouvir, e falar umas quatro ou cinco palavras [...] E te acalmar [...]” (P5)

“[...] eu achei que o médico poderia vir mais vezes na sala né. Eu achei que ele poderia ter vindo mais vezes me examinar.” (P9)

O que as primíparas desejam como assistência não está nos aparatos materiais ou conforto no trabalho de parto e parto, mas na atenção e dedicação com um atendimento humanizado de acordo com as falas das mulheres (P3); (P5) e (P9), mas sim aquelas práticas no âmbito das relações interpessoais, voltadas para o respeito, acolhimento e orientação apropriadas para o momento vivencial. Estas concepções se

harmonizam com Anjos (2006), que considera o respeito à dignidade das mulheres o melhor tipo de tratamento a ser executado.

Não sentir-se sozinha em um momento tão especial na vida, para as primíparas é um alento. Desta forma, interpretando (P9) tem-se a compreensão de que a relação médico-paciente deve ser fortalecida com o contato e a preocupação em dialogar com as mulheres e acalmá-las para uma vivência que, segundo Dias e Deslandes (2006), pode ser considerado um divisor de águas na vida das mulheres.

No entanto, destaca-se que existem ocorrências que não condizem com a Política de Humanização do Parto e nascimento, pois a pouca atenção dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto faz fortalecer a ideia de que o cuidado é de melhor qualidade quando o atendimento é privado, como se observa na seguinte fala:

“Eu posso dizer que não foi o que eu esperava não! Que realmente, se a pessoa quiser um pouco mais de atenção eu acho que era melhor pagar um particular (parto) sabe [...]” (P5)

Destaca-se que, não é possível aceitar que os serviços públicos de saúde sejam subjugados a um patamar de avaliação negativa, devido a falhas dos profissionais da saúde quanto ao atendimento às primíparas, até porque estas mulheres necessitam ser respeitadas, pois segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), o SUS vem desenvolvendo ações de garantia para as mulheres ao direito de ter um atendimento humanizado.

A expectativa também se relacionou ao atendimento ao direito da parturiente de ter um acompanhante:

“Eu esperava que deixassem meu marido entrar junto comigo, porque assim eu ficava menos nervosa tendo alguém conhecido por perto.” (P11)

“Acho que (na assistência ao parto) primeiramente não pode ser uma coisa muito isolada. Acho que precisa de lugares para acompanhantes. Tudo bem que a sala é pequena, mas o acompanhante fica em pé! Vai trocando! Acho que precisa de ter essa pessoa pra te amenizar, alguém que você conhece por perto [...]” (P11)

O fato de a instituição não possibilitar que as parturientes tenham um acompanhante no momento do trabalho de parto e parto, pode causar

um sentimento de impotência e abandono, gerando problemas para a saúde da mãe e da criança. Para Oliveira e Brito (2009) a inclusão do homem no acompanhamento a mulher, especialmente, sem eu primeiro parto é um benefício que vem sendo discutido e trabalhado pelo MS e o SUS, em um processo claro de aproximação e participação do pai neste importante momento da vida da mulher e de seu filho.

Como bem colocou a primípara (P11) a presença de uma pessoa conhecida, com ênfase para o pai da criança é uma forma de acalmar a mulher no trabalho de parto e parto, facilitando o nascimento da criança. A entrevistada ainda citou que ficaria menos nervosa tendo ao seu lado neste momento de sua vida, uma pessoa conhecida, que lhe deixasse mais calma.

Outro desejo despertado nas mulheres que foram sujeitos do estudo foi o de que os profissionais revissem suas práticas e a própria opção profissional:

“Eu acho que alguns profissionais da saúde deviam rever se eles realmente estão na área certa [...] eu acho que eles estão no lugar errado. Se você vai trabalhar com gestante, criança, você tem que ter um pouquinho mais de respeito, mais sentimento com as pessoas que vão lá [...] mais de amor pelo o que eles fazem.”  
(P3)

O sentimento de desagrado da primípara (P3) ficou evidente em sua fala, evidenciando que passou por problemas desagradáveis devido a dificuldade na relação com os profissionais da saúde, sendo que esta é uma realidade que vem sendo discutida em todos os níveis da saúde, pois a humanização e o acolhimento. Segundo o MS são essenciais para qualquer profissional que trabalhe com na área da saúde.

Quando não ocorre uma boa relação entre a primípara e os profissionais da saúde, segundo Domingos, Santos e Leal (2004) e Honga *et al.* (2002) pode ocorrer deficiência na assistência de qualidade, pois é preciso que exista acolhimento e receptividade por parte de profissionais da saúde e pacientes, em um processo de qualidade que possa envolver as boas relações interpessoais e o processo de comunicação, surgindo um

estágio de humanização que se reconcilia com o prazer do profissional em desempenhar suas atividades.

Sobre os dados coletados, apresentados e analisados em relação à segunda categoria têm-se ponderações que perpetuam o entendimento quanto aos problemas que podem ser motivados pelas primíparas passarem pelo des'cuido e des'umanização.

### 3.2.2 'Des' cuidadas, 'Des'umanização

A referida categoria se formou a partir do agrupamento de 30% das unidades de registro, sendo que esta porcentagem mostra a importância desta categoria.

Ser descuidada durante este importante momento na vida das primíparas remeteu a fragilidade que pode ocorrer quanto à atenção ao trabalho de parto e parto apontando para a ocorrência de desumanização da assistência à parturiente, como se observa nas falas:

“[...] Das enfermeiras teve diferença, por que [...] Uma enfermeira me tratou muito rude [...]” (P1)

“Eu [...] Assim que cheguei, né, como eu disse, tinham enfermeira muito mal-educada!” (P1)

“Pelo fato de eu ter dito contato com duas equipes, 50%, meio a meio [...] Mas a equipe que me atendeu no começo, desde o médico até os enfermeiros, tudo [...] Muito grosso, mal-educado sabe [...] não tinha paciência.” (P2)

“Também foi tenso! O médico muito ruim! Nossa!” (P3)

“Daí tinha uma enfermeira lá que ainda implicou comigo porque eu estava com o celular [...] E tomaram meu celular! Levaram meu celular embora.” (P7)

“E eu achei assim, a técnica de enfermagem muito sem educação! Ela não me ajudou em nada! Só ficava falando lá que eu estava com moleza e que a criança nunca ia nascer desse jeito.” (P8)

Os sujeitos da pesquisa (P1); (P2); (P3); (P7) e (P8) em suas falas demonstraram sentimentos negativos a partir de suas vivências no trabalho de parto e parto, pois consideraram que médico, enfermeiras e auxiliares de enfermagem ofereceram um atendimento de baixa qualidade,

com ações desagradáveis que gerou sentimento de insegurança nas primíparas.

Quanto aos ‘des’cuidados todas as unidades de registro extraídas dos discursos das primíparas se referiam às atitudes dos profissionais. Dentre estas, pode-se verificar a estupidez do profissional em relação à mulher.

De acordo com Souto *et al.* (2007), embora a humanização venha ocorrendo no Brasil como uma forma de transformação no atendimento à saúde da mulher, ainda existem distorções e desigualdades históricas de gênero, bem como no cuidado à saúde feminina.

Sobre os comentários desagradáveis e as brincadeiras de mau gosto foram comentados:

“Porque o médico falou algumas coisas desagradáveis para mim: ‘[...] Que era meu primeiro parto, que era para eu me tranquilizar, que outros filhos virão! Que este era só primeiro e que daqui um ano eu estava de volta!’” (P1)

“Na sala de parto quando o neném nasceu ao invés dele (o médico) elogiar meu filho tudo, ele falou assim: ‘Parabéns! É uma menina!’ [...] E aí eu falei assim: ‘O quê? Uma menina?’ [...] Aí ele falou assim: ‘Ah! Está vendo como já esqueceu a dor! Era uma brincadeira! É um menino!’”. Então ele falou muitas coisas desagradáveis para mim.” (P1)

“Quando eu cheguei o médico [...] Eu não gostei do atendimento dele! Achei ele grosso! Porque eu estava apavorada, eu não sabia o que estava [...] Sentindo dor, apavorada, e ele disse: ‘Não! Não! É assim! Você tem que se acostumar!’ E eu sentindo dor, eu fiquei apavorada!” (P2)

“Aí eu fui andando (até a sala de parto), não buscaram cadeira, nem nada. Eu já estava travadinha né, porque trava! E essa técnica de enfermagem falava assim pra mim: ‘É não fica com moleza não! Porque senão você vai ficar aqui a noite inteira e essa criança não vai nascer!’” (P8)

“Ele (médico) era muito grosso, incomodava mesmo! A presença dele me incomodava! Já não estava mais suportando aquele cara! Ele chegou uma hora e falou assim: ‘Você tem que ter paciência [...] mais calma!’, aí eu falava: ‘Mas doutor, eu estou com dor!’, e ele: ‘E daí que você está com dor!’ [...] não estava querendo ouvir [...] nem aí se fosse ser normal ou cesárea.” (P11)

As falas das primíparas (P1); (P2); (P8) e (P11) apresentam um quadro de atendimento em que o uso de força e poder de forma a agir com escárnio. Sendo que este modo de agir acaba gerando problemas para as

mulheres, visto que passam a ter recordações de medo e dor no momento da concepção.

Segundo Carvalho e Gastaldo (2008) os profissionais da saúde, médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem devem exercer o uso do poder sobre os pacientes de forma a motivá-los para o momento que estão vivenciando, alicerçando suas ações na luta para que todos os seres humanos, na fragilidade da doença ou a mulher no trabalho de parto e parto possam ser atendidas com respeito e dedicação.

Não é com palavras rudes ou expressões que ferem que os profissionais da saúde podem ter uma boa comunicação com as pacientes, mas sim, com acolhimento e atendimento humanizado reduzindo seu estado de estresse por ocasião do trabalho de parto e parto, fortalecendo as relações com os pacientes.

A abordagem do tema falta de orientação trouxe as seguintes falas:

“E ela mandou eu tomar meu banho [...] Mandou eu fazer as coisas e mandou eu deitar na cama e apagou a luz [...] E me deixou lá sentindo dor, com a bolsa rompida! [...] Ao invés dela me explicar tudo o que eu tinha que fazer, eu só fui saber na hora que as enfermeiras (técnicas de enfermagem) e o médico chegaram [...]” (P1)

“E eles não davam informação, meu marido ficava lá, eles não davam informação, não deixavam ele entrar, mas [...] Eu queria ser tratada bem, não queira ser [...]” (P3)

“[...] não tinha ninguém para estar me orientando [...] para falar: olha esta dor que você está sentindo agora é porque o seu neném já está nascendo, entendeu? Então eu fiquei bastante nervosa, na hora que eu estava sentindo muita dor, porque eu não sabia da minha situação.” (P5)

“[...] eu não tinha noção de como que era o parto normal, eu não tinha assim nenhuma instrução. E lá eles também não me falaram nada. Fiquei lá o dia inteiro com dor, eles só iam lá, me examinavam, mediam o tempo de contração e sumiam. Isso durante a tarde. Agora explicar como que eu teria que fazer na hora do parto, ou antes até, ninguém me falou.” (P8)

A falta de orientação como citadas pelas primíparas (P1); (P3); (P5) e (P8) fez com que as mesmas ficassem inseguras no trabalho de parto e no parto, sendo que um dos fatores essenciais para a humanização é o respeito à dor, individualidade e sentimentos dos pacientes, a partir da excelência na comunicação.



Como relata Atkinson e Murray (1989) um processo de humanização no atendimento as primíparas exige boa comunicação, ou seja, cabe aos profissionais compreender a dor das pacientes, saber ouvi-las e se comunicar com elas a partir de palavras de carinho e conforto que permitam a vivência da primeira parturição, como um momento menos estressante para a mãe e criança.

Quando as palavras para as primíparas são rudes no momento de trabalho de parto e parto, ocorre uma situação de desestabilidade emocional que pode trazer problemas não apenas para as mulheres, mas para os bebês e, também para a própria equipe cuidadora da parturiente no trabalho de parto e parto. Isto porque a falta de instrução faz com que a primípara não auxilie a equipe se acalmando e trabalhando junto para ter uma boa hora.

Sobre a falta de interesse dos profissionais de saúde, destaca-se:

“[...] as estagiárias de medicina, faziam porque tinham que fazer, meio com uma má vontade, elas iam dormir aí voltavam com cara de sono, só perguntavam e saiam. Pelo médico a mesma coisa, porque era de madrugada, e eles não gostam de serem interrompidos porque eles estavam dormindo. Não muito boa.” (P3)

“Mais como que eu não estou perdendo líquido? A minha casa está toda encharcada [...] minha roupa está toda molhada e eu estou molhando toda a maca também [...], aí a enfermeira (técnica de enfermagem) que faz muito tempo que trabalha lá falou para ele: Olha doutor, realmente é a bolsa dela que estourou [...] Aí que ele foi pegar e foi me examinar [...], eu senti um desinteresse da parte de ele [...]” (P5)

“[...] a doutora, era pra ela ter entrado 19h, e ela não entrou 19h. E eu gritando a enfermeira: Enfermeira cadê a médica? Cadê a médica? E a enfermeira estava lá [...], aí a médica chegou 19h e 30min, e uma hora eu gritei a enfermeira, eu estava assim no auge da dor [...] Aí ela (a médica) apareceu com cara de nervosa: O quê que é? A médica sou eu!” (P5)

“Eles ficavam ali andando no centro obstétrico ou em rodinhas conversando [...] não dava muita atenção, porque senão eu teria ficado mais calma. Eu tinha dúvidas, mas não consegui perguntar [...] médico mesmo assim, que ia resolver, que iria tirar as minhas dúvidas [...] ficavam muito em rodinhas [...] Em cozinha, andando para lá e pra cá [...] Então eu senti um pouco de desinteresse da parte deles sabe.” (P5)

A falta de atenção para com a primípara citada pela (P5) aponta para um problema de saúde pública que vem ocorrendo em todo o Brasil, conforme são notificados casos diariamente nos meios de comunicação.

A falta de interesse dos profissionais e o não acolhimento a gestante pode causar muitos problemas, chegando até a morte da mãe ou da criança. É claro que se isto acontece à repercussão na mídia chama a atenção do poder público, dos gestores da instituição e de toda a sociedade, porém quando os casos de não acolhimento ou desinteresse possuem apenas a dor e o sofrimento da gestante, parece não repercutir com a mesma negatividade e, ocorre a continuidade do quadro. Assim, faz-se necessário que os profissionais da enfermagem tenham consciência da importância da humanização e do acolhimento para garantir a segurança da mulher e da criança.

Outra atitude que também pode ser caracterizada como um comportamento antiético é o não se identificar ou se apresentar para a pessoa assistida, fato este percebido nas seguintes falas:

“Não, eu só sei da médica, que foi a doutora ‘X’. A enfermeira não, nem o pediatra. Eu não sabia os nomes deles [...]” (P4)

“Eles (a equipe de saúde) não se apresentaram eu percebia assim por você observar a ordem sabe e tal, uniforme [...]” (P5)

“Eu perguntava pra eles. Alguns chegavam e se apresentavam, outros não.” (P7)

Nas falas das primíparas (P4); (P5) e (P7) se percebe a falta de comunicação de alguns profissionais que nem mesmo se identificam a paciente, apenas executam suas tarefas, por vezes de forma automática e sem nenhuma forma de acolhimento, carinho ou dedicação com o paciente.

Quando médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem ao chegar para atendimento da gestante se identificam, isto acaba gerando maior intimidade e a paciente passa a sentir mais confiança, a ter coragem para fazer questionamentos e dirimir suas dúvidas. Porém, quando o profissional chega sem mesmo se identificar não abre um espaço para o início de um diálogo que pode ser o diferencial entre um bom ou ruim trabalho de parto e parto.

Sobre o excesso de pessoas que assistem o parto sem autorização da parturiente houve a seguinte manifestação:

“Porque até que na minha vez teve bastante estagiário que assistiu o parto, acho que teve umas vinte pessoas pra assistir o parto lá. Foi bastante gente. Algumas me assistiram na hora da contração ali na sala, e as outras já no parto mesmo.” (P6) (sem solicitar autorização da paciente)

Segundo a fala da primípara (P6) aproximadamente vinte pessoas assistiram o seu parto sem que esta tivesse autorizado, sendo que esta ação pode gerar desconforto da gestante, pois muitas pessoas acabam criando uma forma de constrangimento que não deve ocorrer com a mulher, especialmente, no primeiro parto.

Como revela Dias e Deslandes (2006) um momento muito especial da vida de uma mulher, capaz de abrir as portas para uma nova fase da vida e, não pode haver qualquer forma de constrangimento ou sentimento de impotência diante de uma plateia que se estende com objetivo de aprendizagem científica, sem nenhuma participação no acolhimento ou humanização do atendimento.

Um problema que pode surgir quando muitos estagiários assistem algum procedimento médico ou da enfermagem é o desvio da atenção do profissional, que está executando a atividade, deixando de lado ações de carinho para com o paciente e, tornando-se um demonstrador do que vem ocorrendo fisiologicamente com a paciente, o que no caso de parturição pode não apenas prejudicar a mãe, como também, o bebê.

Quanto a atitude do médico, identificou-se que foi o profissional que mais descuidou das primíparas, as falas revelaram:

“[...] o médico, ele não ficava junto com a gente [...] Ele saía, só ficava na sala de parto porque era obrigado a fazer o parto, mas do contrário, só vinha fazer o toque e ia embora [...]” (P1)

“Só os cuidados lá é [...] É complicado, [...] é bem ruim, foi [...] Tirando isso [...] A recepção pela enfermeira foi ótima, agora pelo médico [...] Eles tratam a gente muito mal [...]” (P3)

“Na hora que eu estava começando a sentir as dores fortes mesmo, o médico em vez dele vim e examinar antes de trocar o plantão, para entrar outro médico e ele falar: ‘Olha, ela já está com tanto de dilatação [...]’ E o que acontece [...] Ele foi embora, não me examinou, eu não sabia quanto que eu estava de

dilatação [...] Porque essas coisas mexem com psicológico da gente!”. (P5)

“Eu só não gostei que o doutor Y chegou e veio examinar, fazer o exame do toque [...] Ele é muito estúpido! Ele machuca [...] ainda falou assim: ‘Do jeito que você está aqui, eu vou te deixar aqui!’. Porque uma hora ele veio fazer o exame do toque em mim, e a cabecinha dela já estava pra baixo [...] Ele forçava o bebê de volta! Era horrível! Quando ele vinha eu já ficava nervosa de em vê-lo!” (P7)

“[...] eu cheguei lá no hospital o médico me examinou e falou que era o caso de eu voltar pra casa, porque senão ia ficar o dia inteiro lá e não ia ganhar neném. Mas aí depois, como tinha bastante estagiários, eles queriam aprender como que via os batimentos do neném. Foi fazer o exame e deu uma pequena alteração nos batimentos dele. Aí ele me deixou em observação e depois ele decidiu internar.” (P8)

“Fiquei lá o dia inteiro com contração. Ele (médico) me examinou era meio dia (12h), depois ele foi aparecer lá era umas 15h30min. E eu com sangramento [...] E eles (os estagiários) lá vendo o tempo de contração. E depois eles sumiram! Não vinha estagiário, não vinha médico [...] Ele foi aparecer era 17h30min lá pra me examinar, e estava com cinco dedos de dilatação.” (P8)

“Eu odiei o médico! Não gostei da relação dele comigo! Ele era muito sem educação [...] Depois que eu tive o nenê, o pessoal confirmava: ‘Não, ele é assim mesmo!’. Mas ele é muito grosso, eu não gostei da relação dele com a paciente, no caso comigo.” (P11)

Os relatos acima demonstram as relações de poder médico com suas pacientes, realizadas de forma negativa, em que os médicos se posicionaram acima de suas pacientes, com tratamento violento e desumano como relataram as primíparas (P5) e (P7).

A falta de delicadeza, carinho e dedicação de alguns médicos traz à tona a discussão sobre o fato de que muitos profissionais são preparados na ciência da Medicina, porém não são preparados para um atendimento humanizado, para a comunicação e interação com enfermeiros, técnicos e pacientes.

Segundo a compreensão de Caponi (1998), o poder médico não deve ser apresentado somente a partir da ciência, mas de humanismo que possibilita as mulheres em trabalho de parto e parto sentirem-se seguras e não como uma forma de opressão de gênero. Cabe aqui salientar que o médico deve ter bom relacionamento com as pessoas que convive no âmbito do trabalho e, especialmente, com seus pacientes, para que ocorra a humanização e o acolhimento.

Questionando a habilidade técnica e da conduta da equipe, as falas das primíparas apresentam as seguintes particularidades:

“Internei no sábado de manhã e ganhei ela na segunda á tarde. E eu estava em trabalho de parto desde quinta-feira. Fiquei sábado, domingo e segunda-feira internada no centro obstétrico.” (P7)

“Ele falou que ia demorar mais uns quinze dias pra ganhar bebê, e ele ia mandar eu embora, no dia que rompeu a bolsa. Ele ia mandar eu embora no dia que o neném nasceu.” (P7)

“[...] aí ela (técnica de enfermagem) falava que não podia ficar ali comigo porque ela só pode ficar quando eu estivesse com oito dedos de dilatação. Então como eu não tinha dilatado nada ainda, ela não podia ficar.” (P9)

“[...] parto eu tinha pedido pra entrar ou meu marido, ou minha mãe, pelo menos na hora do nascimento, e ele (o médico) falou depois que tinha esquecido de mandar minha mãe ou meu marido entrar. Fiquei muito chateada [...] Porque era direito meu, e ele não deixou entrar.” (P11)

“É lei, é obrigado! Nem na hora do nascimento, ele não chamou ninguém pra ficar lá comigo! Eu tinha pedido, ele (esposo) já tinha pedido! Minha família já tinha falado: ‘Olha, deixa ele entrar!’. E no final ele (o médico) veio: ‘Ah, eu esqueci!’” (P11)

Quando se questionou a habilidade técnica da equipe as falas das primíparas apontam para a insatisfação com o médico, seja pelo desprezo em relação ao desejo da mulher (P11), seja pelo descaso em fazer um exame mais detalhado e diagnosticar que a paciente já se encontrava em trabalho de parto (P7). Estes casos evidenciam duas ações que não podem ser aceitas em um médico ou qualquer membro de uma equipe que atua na saúde: a soberba e o descaso, visto que estes profissionais não podem usar o poder médico como motivo para desprezar as dores físicas e emocionais das pacientes.

O sentimento de solidão experimentado pelas mulheres quando por ocasião do trabalho de parto e parto de seus primeiros filhos é conforme Dias e Deslandes (2006) um dos fatores mais impactantes durante o nascimento do primeiro filho, podendo abalar emocionalmente a mãe não permitindo que esta tenha outros filhos, seja pelo medo ou sentimento de abandono. Desta forma, quando o médico negou a (P11) o direito de ter seu esposo ao lado no momento do parto, construiu uma imagem de medo e solidão para a primípara que poderá deixar sequelas emocionais para o resto de sua vida.

Resgata-se aqui a intenção do MS de humanizar o atendimento na saúde pública, não apenas exigindo que os profissionais da enfermagem se qualifiquem e humanizem, mas também, que os médicos façam esta preparação, para não incorrer em desumanização e descuido de seus pacientes.

Em meio a tantas atitudes que mais caracterizaram um descuidado, o sentimento despertado nas primíparas foi de abandono e solidão durante o trabalho de parto:

“Ela vinha fazer a raspagem de maneira “sem sal e sem açúcar”, ela me deixou sozinha sentindo a dor e eu nunca a tinha passado por isso! [...] Ao invés dela vir e explicar [...]” (P1)

“Me deixou sozinha, sentindo dor e não me explicou que eu tinha que fazer.” (P1)

“Fui porque a bolsa rompeu, aí eu fiquei lá na sala de pré parto, né sozinha e tal. Aí nisso foi passando as horas [...] E nisso eu fiquei

sozinha lá e tal.” (P5)

“Eu fiquei nervosa porque eu fiquei sozinha na sala de pré-parto né, e então tipo [...] não tinha ninguém para estar me orientando [...] os profissionais trocando plantão, e isso e aquilo, e eu sozinha lá na sala entendeu?.” (P5)

“O único ruim foi esse! Que eu estava num quarto sozinha!” (P9)

“[...] fica ali sozinha, como não tinha nenhuma gestante comigo lá, você vai ficando mais nervosa. Você fica ali sozinha, então eu acho que poderia mudar isso [...] Eles não deixaram nem minha mãe, nem meu marido ficarem. A única coisa que eu achei muito ruim foi isso.” (P9)

“Então é uma dor [...] precisa ter alguém ali pelo menos pra você apertar a mão, pra ficar junto de você. E eu sozinha naquele quarto. Nossa Senhora!” (P9)

“Eu só queria sair de lá. Aí elas levavam na brincadeira e iam embora. Mas isso, eu só queria ir embora. Eu não estava querendo ficar lá, porque eu estava sozinha, estava incomodada de ficar sozinha ali [...]” (P11)

“Só o fato de você estar lá sozinha e não ter ninguém que você conheça por perto, é horrível!” (P11)

O sentimento de solidão e tristeza podem fragilizar ainda mais as mulheres no trabalho de parto e parto refletindo negativamente tanto naquele momento, quanto posteriormente ao nascimento do bebê. Este sentimento negativo pode ser reduzido com a presença de alguém da família, ou mesmo, com o carinho e dedicação dos profissionais que formam a equipe de saúde, com destaque para os enfermeiros e auxiliares

de enfermagem que são os profissionais há permanecer mais tempo junto a paciente.

Segundo o Brasil (2001c) no momento do parto somente o conhecimento científico de médicos e enfermeiros não é suficiente, para que a mulher possa ajudar em todo o processo com segurança sem sentimentos de solidão e medo. Neste sentido, retoma-se que a humanização é fator relevante a ser executado, permitindo que a mulher não se sinta deprimida ou solitária neste importante momento de sua vida e do bebê.

Foi ainda observado junto aos sujeitos da pesquisa se a desassistência provocou pânico e a ideia de desistir do parto normal, com o seguinte relato:

“Não! Deixa! Vai atrás do meu sogro, que eu quero Cesárea, eu não quero mais normal!” (P5)

A primípara (P5) demonstrou que a desassistência lhe causou pânico e, como forma de auto defesa, ela pensou em desistir do parto normal, chamando o seu sogro como protetor e solicitando a cesárea. Isto deixa evidente o sentimento de medo e constrangimento que passa uma primípara quando não tem um atendimento adequado, com os cuidados e o acolhimento necessários.

No caso do público pesquisado a maioria é de jovens que ainda na adolescência ou início da juventude temem sentir dor, sofrimento ou fazer com que seus bebês sofram devido ao parto normal. Certamente, se ocorresse um atendimento mais humanizado com a participação dos familiares como no caso o pai da criança e o consentimento do médico para esta aproximação haveria mais tranquilidade no trabalho de parto e parto e, dessa forma, ocorreriam menos índices de cesáreas tanto nas instituições de saúde pública, quanto nas particulares.

Na sequência foi analisada a terceira categoria que se relacionou a experiência do primeiro parto, considerando a dor física, o desconforto emocional e as contradições de sentimentos que marcaram a vivência dos sujeitos participantes deste estudo.

### 3.2.3 A Experiência do Primeiro Parto

A experiência do primeiro parto emergiu do agrupamento de unidades de registro que expressaram com foi o processo de trabalho de parto e parto para a mulher, sendo composto por 37% do número total de unidades de registro.

Esta categoria foi subdividida em três subcategorias: 'o parto normal', 'vulnerabilidade' e 'autonomia'.

#### 3.2.3.1 O parto normal

A primeira subcategoria a ser analisada foi o parto normal, em que as unidades de registro refletiram a experiência deste tipo de parto na vida das primíparas.

Uma experiência singular vivenciada apresentada em relatos:

“Porque é um momento que a gente nunca vai esquecer [...]” (P1)

“Tirando a dor eu me sentia na expectativa de ver a cara dele, ansiosa e com muita dor!” (P1)

“Foi um momento difícil e único! Foi difícil, mas foi gostoso.” (P2)

“Ah! Eu acho (o parto normal) que foi importante pra mim quanto pro bebê. Pra mim foi uma experiência ótima, se acaso eu tiver outro filho eu quero parto normal.” (P3)

“Ah, eu estava contente (risos) doidinha para ver ela, né [...] Que a gente sempre fica.” (P4)

“Pra mim foi estranho né, por ser a minha primeira vez. Então foi algo diferente.” (P6)

“Nossa Senhora! Só que eu faria tudo de novo, porque eu tenho muito medo de cesárea. Eu tenho muito medo de corte.” (P9)

As falas das primíparas acima relatadas apresentam os pontos positivos que estas perceberam antes, durante e depois do nascimento do bebê, tendo optado pelo parto normal. O que se pode perceber é que mesmo sentindo muita dor (P1) ou emocionada pelo momento (P4), as participantes deste estudo se posicionaram favorável ao parto normal.

O parto normal segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), vem sendo trabalhado pelo MS desde a década de 1990, seja incentivando para que este tipo de parto seja realizado em todas as mulheres, seja treinando



os enfermeiros obstetras para oferecer auxílio no momento do trabalho de parto e parto quando a opção for o normal.

De acordo com o MS, conforme Brasil (2011c) o parto normal é o tipo de parto mais saudável para a mãe e para o bebê, sendo que a recuperação da mãe se demonstra em menor tempo do que as mulheres que optam ou necessitam de cesárea.

Um dos pontos mais positivos em relação às primíparas pesquisadas é que as mesmas demonstraram sentir dor ou medo no momento do parto, porém reafirmaram o posicionamento de novamente optar por parto normal (P3).

Sobre as necessidades físicas vivenciadas no momento do parto, houve o seguinte relato:

“[...] no processo de parto eu senti muita sede! Tanto é que depois que eu ganhei o neném eu queria era beber água, eu estava interessada na água!” (P1)

É importante avaliar o relato da primípara (P1) que afirmou que sua vontade de beber água era tanta no momento do parto, que após o parto o seu interesse foi de beber água, como se todo o sentimento vivenciado naquele momento fosse sucumbir ao desejo da água. É interessante que muitos relatos apontam para sentimentos e vivências com necessidades físicas, psicológicas ou emocionais que na realidade se relacionam com o trabalho de parto e parto que são os ápices da maternidade.

Para auxiliar na hora do parto é importante que a mulher tenha conhecimento das questões que envolvem a experiência da mecânica do parto, pois assim auxiliam a equipe de saúde.

Assim, as falas das mulheres que formaram o grupo de primíparas estudadas relataram sobre a experiência mecânica:

“Elas me explicaram como fazer [...] As enfermeiras me explicaram [...] Como que tinha que fazer porque eu estava fazendo a força no pescoço e aí elas me ensinaram que era para fazer para baixo [...] E o médico vinha fazer o toque e falava que não estava na hora [...] E foi falando para mim que, quando desse a contração era para fazer a força, aproveitar a dor para fazer força para ir dilatando.” (P1)

“Pra mim não mudou em nada! Mesmo porque eu nem sabia que eu estava entrando em trabalho de parto... aí eu cheguei lá, ele fez o exame de toque, e falou que eu estava em trabalho de parto. Mas pra mim não mudou nada, desde o começo até o final, foi tudo normal, normal. Me sentia tranquila, todo momento, normal [...]” (P3)

“Eu cheguei lá, fui direto para a obstetrícia. Já estava com quatro dedos de dilatação. Fiquei internada e puseram soro. Aí era para ser 6h da manhã o parto, mas só que adiantou. Aí foi às 3h 10min. Aí fui para a sala de parto e aí tive a neném. Foi com a doutora ‘X’. Foi muito bom, me tratou muito bem. Eu internei era umas 21h30min, quando foi 3h 10min eu tive a neném. Foi rapidinho.” (P4)

“O parto foi 10! Porque todas as dores e até o neném chegar aqui [...] Aí eu não conseguia sentir a contração para expulsar o neném. Aí a enfermeira pegou e me ajudou [...] Ela veio aqui na minha barriga (não sei se isso é certo se não é), e me ajudou a empurrar o neném. Aí eu senti que saiu a cabecinha e depois saiu resto do corpinho do neném.” (P5)

“Quando foi umas 17h30min a bolsa rompeu. Aí logo depois comecei a sentir dor. Daí foi rapidinho, acho que foi umas quatro ou cinco forças que eu fiz, e ela nasceu. Foi rapidinho.” (P7)

“Foi uma coisa muito bonita na hora assim. Eu estava aqui em casa fazendo janta, aí eu fui fazer xixi e começou a vazar uma água. Aí eu chamei a minha sogra e falei assim: ‘Não pára de vazar uma água!’ Aí ela falou assim: ‘Acho que é a bolsa né’” (P9)

As falas das primíparas (P1); (P4) e (P5) demonstram que não conheciam a mecânica para auxiliar no parto, porém os profissionais da equipe (médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem) tiveram paciência e explicaram o que deveriam fazer, podendo assim auxiliar o nascimento de seus filhos e reduzir o tempo de espera com a dor e a dilatação.

Quando a equipe de saúde compreende que as primíparas são inexperientes e tratam estas com carinho e dedicação, ensinando a mecânica do parto, este posicionamento de humanização acalma as mulheres e favorece para o nascimento dos bebês. Mas, quando ao contrário as enfermeiras ou auxiliares não explicam que as mulheres devem ficar calmas e fazer força para o nascimento do bebê, tanto o trabalho de parto, quanto o parto tornam-se mais difíceis, para as mães, os bebês e os próprios profissionais da equipe de saúde.

Stefanelli (1993), ao tratar sobre a comunicação terapêutica em seus estudos, remete a compreensão de que os profissionais da área de saúde, para auxiliar os pacientes devem dominar as técnicas, habilidades,

capacidade e competência, assim como, as parturientes no trabalho de parto e parto e repassar para as mães a mecânica do parto, de forma a permitir que as mulheres possam auxiliar o nascimento do bebê e ter um parto mais rápido e menos dolorido.

Sobre a dor sentida no momento do parto as primíparas fizeram o seguinte relato:

“[...] nunca tinha sentido aquela dor [...] Parece que a gente vai morrer [...]” (P1)

“É uma dor nossa! Você pensa que não vai suportar só que suporta. Dá conta sim! Chorei, liguei para minha mãe e falei: ‘mãe eu não vou conseguir, eu não vou conseguir!’ Mas nossa [...] Foi difícil para caramba! Eu chorava, amassava papelzinho, assim [...] Pra apertar, mais aí depois [...] Eu senti dor das 8h até as 18h e pouco. Aí depois que ele rompeu a bolsa, rapidinho eu ganhei.” (P2)

“Foi dolorido, mas foi bom.” (P4)

“Até um certo ponto, eu estava assim sabe, tranquila. Só na hora que você sente muita dor, que você fica: ‘Eu vou morrer, eu não vou aguentar!’ Então, este sentimento eu acho que é normal a gente ficar assim impressionada com a dor.” (P5)

“Eu comecei a sentir dor era 2h da manhã, mas não fui pro hospital, fiquei em casa mesmo. Fui logo que a bolsa rompeu, era mais ou menos umas 9h da manhã. Aí eu fui, ganhei e tudo [...] Quando cheguei lá, tinha pouca dilatação, mas já tinha rompido a bolsa, mas eu tinha pouquíssima dilatação. E como tinha rompido a bolsa e tava de 36 semanas ainda, eles queriam segurar, não queria deixar fazer o parto. Aí eles iam me dar injeção para segurar pelo menos mais algumas semanas, pra depois ganhar mesmo. Mas aí o médico chegou e falou que já podia fazer, que não precisava segurar nada.” (P6)

“Ah, que nem essa coisa de contração mesmo, eu achei que foi bem demorado, porque quando sente dor a gente quer que acaba logo, e parece que nunca acaba! Mas na hora que foi pra ganhar mesmo foi rápido, não teve muita dificuldade não.” (P6)

“Ah, muito ansiosa. Eu não via a hora assim, dele nascer. E eu também sofri muito, o dia inteiro com dor! E não nascia! [...]” (P8)

“Porque eu nunca imaginei como que era essa dor. Todo mundo falava que dói bastante, mas eu imagina uma dor mas não daquele tanto [...] na hora que acaba já começa outra.” (P9)

“Ah, meio assustador né. Eu me senti meio estranha assim, aí começa a ficar doloroso.” (P10)

Os relatos de dor dos sujeitos (P1); (P4) e (P5) demonstram a intensidade, pois todos responderam que pensavam que iam “morrer” de tanta dor, demonstrando que o trabalho de parto e parto é uma vivência de dor para as mulheres, mas que segundo elas depois passa e fica somente a lembrança daquela intensa dor que transforma uma mulher em uma mãe

e a muda não apenas em seu sentimentos em relação a criança e a vida, mas em sua experiência com seu próprio corpo e sua relação com a dor.

As conversas sobre as dores no trabalho de parto e parto quando realizado o normal são comentadas, muitas mulheres até imaginam como será, mas conforme salientou a primípara (P9), embora tivesse conhecimento de que sentiria dor, nunca imaginou que a intensidade seria tão grande, por isso, considera que este momento foi de grande aprendizagem e de domínio ao corpo e a dor física em benefício do “ser mãe”.

No momento em que a gestante passa a ter dor, o acolhimento, o carinho e a dedicação dos profissionais da saúde podem não reduzir este sentimento físico, mas pode diminuir o nervosismo, a angústia e o sentimento de solidão que geram medo e desalento para as mães, sentimentos estes que podem acompanhar a mulher mesmo após o nascimento do bebê.

Retoma-se a análise de Stefanelli (1993), sobre o acolhimento e humanização no atendimento, podendo considerar estas ações essenciais também para as mulheres no trabalho de parto e parto pode reduzir a dor e o nervosismo.

Quanto ao nervosismo os relatos foram:

“Acho que não, porque eu falava assim que eu não ia aguentar: ‘Não moça, eu não vou aguentar [...]!’ De tanta força que eu fazia! Acho que eu não ajudei muito elas não! Acho que com o meu nervosismo elas devem ter ficado um pouco nervosas também.” (P10)

“Pra mim foi normal o trabalho de parto, eu não tive dor, [...] eu não estar sentindo dor, então pra mim não era tão [...] Não fazia tanta diferença, e pelo fato do momento que eu estava vivendo [...]” (P3)

“[...] eu fiquei bastante nervosa, na hora que eu estava sentindo muita dor, porque eu não sabia da minha situação, entendeu?” (P5)

O nervosismo ocorre na maioria dos casos devido a intensidade da dor, como relataram as primíparas (P10) e (P5), que apontaram que a dor lhes deixou nervosa não permitindo que ajudassem a equipe no trabalho de parto e parto.

O nervosismo no trabalho de parto e parto pode ser minimizado com o acolhimento, por isso, entende-se que o preparo dos profissionais da saúde para o processo de humanização fortalecem as relações com as pacientes e reduzem o nervosismo.

Quando se sentem menos nervosas podem atuar mais ativamente na mecânica do parto auxiliando a equipe para o nascimento do bebê e, dessa forma, reduzindo os sentimentos de medo, nervosismo, solidão e, até mesmo a dor, que em alguns casos são mais fortes devido ao estado emocional das mulheres, com ênfase para as primíparas.

Com relação a vulnerabilidade a pesquisa trouxe alguns aspectos relevantes a tona, a partir das falas dos sujeitos que formaram o grupo de primíparas pesquisadas, como se observa na sequencia.

### **3.2.3.2. Vulnerabilidade**

A segunda subcategoria é a ‘vulnerabilidade’ que emergiu do agrupamento de unidades de registro que revelam as condições que as mulheres se encontravam no momento do trabalho de parto e parto que as colocaram em condição vulnerável.

Nesta pesquisa a vulnerabilidade é considerada a partir do entendimento de Vieira (2010) que considera uma condição de menor resistência às contrariedades e agressões vivenciadas. No caso do trabalho de parto e parto a vulnerabilidade afeta as parturientes em especial as primíparas.

Quando questionadas sobre a forma de ação ou reação quando estão diante de uma condição nova, nunca antes vivenciada, uma das primíparas fez a seguinte fala:

“É uma experiência nova, diferente [...] Tem o medo, tem aquela coisa de você não estar perto da pessoa que você gosta [...] Só está na mão deles, não conhece, nunca viu, não sabe o que eles já fizeram, não sabe o que eles vão fazer [...] Você fica sem saber o que eles vão fazer!” (P1)

A primípara aqui reconhecida por (P1) apontou os sentimentos de medo, e de estar nas mãos dos profissionais da saúde como uma forma de estar vulnerável, citando ainda que a experiência nova a deixou “sem saber o que fazer”, ou seja, sem ação e, conseqüentemente, vulnerável.

Na interpretação de Torralba (1998) todos os seres humanos são vulneráveis, vivenciando o sentimento de vulnerabilidade por sua condição física, psicológica, social ou espiritual e, sendo que esta situação está presente pela própria condição humana e se agrava em alguns momentos e vivências, como é o caso do trabalho de parto e parto.

A falta de orientação foi uma abordagem que trouxe somente uma fala:

“A gente precisa saber [...] Eu estou sentindo esse tanto de dor, mais o nenê já está quase nascendo, entendeu? Tá dando resultado, daqui a pouco o neném nasce! Então, eu estava com muita dor e na minha cabeça eu ainda estava com cinco dedos de dilatação [...]” (P5)

A falta de orientação foi citada pela (P5), que em sua fala aponta o fato de não saber em que estágio do parto estava, sentia dor, porém não tinha conhecimento do tempo que ainda levaria para o bebê nascer, avaliou que se fosse corretamente orientada poderia ter sofrido menos, pois a sensação de dor por um longo período de tempo torna a mulher mais angustiada e vulnerável.

É importante retomar o entendimento de que a comunicação dos profissionais formadores da equipe de saúde com as gestantes, no trabalho de parto e parto podem reduzir este estágio de incerteza e angústia, para isso é importante que ocorra comunicação, humanização e acolhimento.

É importante que os profissionais tenham consciência de que estão naquele momento buscando trazer a vida um ser humano e que a mulher, inexperiente e temerosa precisa de toda a orientação possível, para ajudar no momento em que for necessário o uso de força para o nascimento da criança. A orientação adequada dentre outros potenciais tem o poder de reduzir a solidão das mulheres e torná-las mais fortes para passar por este importante momento de suas vidas com mais segurança.

Quando foi solicitado que os sujeitos apontassem o sentimento em relação a estar diante do poder do profissional sobre a assistência, com as seguintes falas:

“Na hora que a gente está lá, você não pode falar nada pra ofender eles porque você tá lá na mão deles, está lá sozinha [...]” (P1)

“E vai saber se você vai voltar! Este é o medo, né! Eu ficava com medo e pensava assim comigo: ‘Médico filho da mãe!’ Ele está aproveitando porque eu não posso falar nada! E ele vai fazer meu parto e eu vou xingar ele? Vou nada! Para ele judiar de mim!” (P1)

“Depois de ter atrasado meia hora o médico viu que o nenê estava nascendo, fez eu descer da maca e ir andando até na sala de parto! Não sei se isso é o procedimento que tem que ser feito [...] eu fui descalça, andando pelo hospital [...] Pedi o chinelo, e a enfermeira falou: ‘Não, não vai por chinelo não! Vai andando assim mesmo!’” (P5)

“Eu fazia o que o médico pedia! Tinha momento que ele falava: ‘A cada duas dores que vier você só respira. Na terceira você faz força’. O que ele falou pra eu fazer, eu fiz assim. Do jeito que ele estava falando eu fiz.” (P7)

“[...] como era o primeiro filho você vai lá sem noção do que vai acontecer, então ela foi me explicando e eu fui fazendo tudo o que ela mandava.” (P8)

“Aí na hora de fazer a força, eu fazia a força do jeito que ele mandava. Então tudo que eles mandavam eu fazer, eu estava fazendo.” (P9)

Quanto à assistência a fala das primíparas (P1) e (P5) relatam experiências negativas, de insegurança e de sentimentos de raiva pela forma com que estavam sendo tratadas pelos médicos, já os sujeitos (P7); (P8) e (P9) falam que compreenderam e fizeram o que seria solicitado. Neste sentido, têm-se duas formas de reação diferentes, cabendo à equipe identificar o motivo do medo e do constrangimento de algumas pacientes, visto que outras se demonstraram mais confiantes, analisando assim, se a postura da equipe foi igual ou foi diferente em ambos os casos.

Segundo Domingos, Santos e Leal (2004), a assistência da equipe de saúde é produtiva quando existe comunicação entre estes e as pacientes, resultando em um processo de acolhimento e trabalho solidário que envolve a coragem e força da mulher para auxiliar no trabalho de parto e parto.

Compreende-se que a atenção deve ser fonte de tranquilidade para as mulheres e, dessa forma, permitir que a vivência do nascimento do

primeiro filho possa agregar para a construção de uma mulher mais forte e corajosa, pois sabe que não está sozinha nos momentos de grandes mudanças em suas vidas, mas tem ao lado pessoas capacitadas científica e psicologicamente para lhe acolher.

Sobre as limitações do serviço público de saúde os sujeitos do estudo apresentaram os seguintes relatos:

“Principalmente o jeito de conversar com a gente. Não é porque não está pagando, porque não tem condições que tem que falar coisas que vai deixar a gente magoada!” (P1)

“Porque se ele aguentasse a dor que a gente aguenta, ele não estava em pé não! Mas eu fiquei impressionada porquê? Porque a minha vizinha pagou e ela foi tratada, nossa [...] No mar de luxo! E como eu não paguei, nossa! E ainda eu acho que ele me deu um castigo [...]” (P1)

“E ainda eu acho que ele (o médico) me deu um castigo. Ele deve ter dado um ponto a mais [...] Porque está diferente o negócio! Não sei o que ele aprontou! E olha, se ele prejudicou eu em alguma coisa [...] A doutora do posto mandou esperar mais um pouco [...] Se não melhorar ela vai pedir um ultrassom para ver como que está os pontos! Que de vez em quando dói também quando tem relação. Nossa! É ruim, preferia ganhar três do que estes pontos! Não sei se é porque eu tenho tanta gastura de ponto!” (P1)

“[...] agora pelo médico [...] Eles tratam a gente muito mal [...] Principalmente pelo fato de ser SUS NE [...]” (P3)

“Mesmo porque é saúde pública, eu não queria as melhores coisas, só queria um pouquinho mais de respeito. Eu queria ser tratada bem.” (P3)

“[...] eu acho que em qualquer lugar da saúde pública eles não têm respeito com a gente. Eles fazem porque pra eles é uma obrigação.” (P3)

“É pelo SUS, mas a gente paga isso. Então eu acho que devia ser um pouco melhor o atendimento. Por isso que muitas vezes as pessoas gastam dinheiro que não tem, para fazer um (um parto cesáreo) particular porque, realmente é atendido melhor [...]” (P5)

“Realmente um particular! [...] Igual esse doutor que fez o meu parto [...] Eu fiquei ali depois de ter neném, eu fiquei ali num corredor, esperando eles me levarem para o quarto. E ele (médico) totalmente atencioso porque ia fazer um particular! [...] Então eu percebi assim, um pouco de desprezo da parte do SUS com particular! [...] E tinha uma moça lá dentro que ela estava com horrores de dor, não sei se ela estava com complicação? E ele (médico) não deu muita atenção e se preocupava mais com a papelada do particular [...]” (P5)

“[...] igualdade ali dentro. Porque quem está pelo SUS é muito maltratado ali dentro. Eu acho isso. Não tem tratamento igual ao particular. Deixa lá, largado e se vira.” (P8)

“Próxima vez eu vou pagar um plano e vou fazer particular!” (P11)



Nas falas de todos os sujeitos (P1); (P3); (P5); (P8) e (P11) o tratamento dispensado para as mulheres que tratam na saúde particular é muito melhor do que os oferecidos para as pacientes do SUS.

Não é somente a questão dos recursos materiais, mas conforme a (P5) a preocupação com o parto particular é maior por parte do médico, que não conseguia nem esconder a preferência pela paciente que podia pagar, deixando de lado as pacientes do SUS, tratando com desprezo ou desdém, fazendo-as esperar a liberação do formulário para o atendimento da particular.

Este é um dos principais problemas vivenciados em grande parte dos atendimentos em hospitais públicos, quando o médico atua também no serviço particular. Deveria assim, ter uma forma de melhor remunerar os médicos pelo SUS e não permitir que atenda particular concomitantemente, para que desenvolvessem um atendimento humanizado para as mulheres que não possuem condições de pagar pelo parto.

Para Ayres (1995), o poder médico é sentido por todas as pessoas, porém este poder não pode ser demonstrado como castigo para as mulheres que não podem pagar pelo serviço do parto, deve sim, ser demonstrando na capacidade de tratar bem e acolher todas as mulheres, independente das condições financeiras.

Sobre o fato de as primíparas atendidas em um hospital público e diante das limitações tecnológicas do serviço de saúde, estas comentaram:

“[...] o médico falou que ele estava querendo nascer, só que como eu estava do sétimo para o oitavo mês, tinha que esperar, porque senão ele ia ter que ser levado lá pra Votuporanga, porque aqui não tem UTI (unidade de terapia intensiva) neonatal.” (P10)

“Foi a hora que eu assustei mesmo, porque eu não estava esperando. Ele falou que não podia nascer! Aí foi que eu lembrei tudo sabe [...] Eu falei: ‘Nossa, será que ele vai ter que ser levado pra Votuporanga? Quanto tempo vai ser isso?’ Aí eu fiquei pensando nisso, fiquei mais nervosa ainda!” (P10)

“Ficava preocupada com ele. Porque nasceu prematuro. Então fiquei preocupada. Pensei mais no bebê.” (P10)

As limitações tecnológicas foram uma das causas de apreensão da primípara (P10), pois o seu filho era prematuro e o médico avisou que teria que deslocar a criança de Fernandópolis-SP para Votuporanga-SP,

por conta de não existir na cidade um UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal.

Importante considerar que mesmo em centros maiores a UTI neonatal não existe, o que pode causar problemas devido à necessidade de deslocar a criança para outras cidades, sendo que em muitos casos os pais ou até mesmo a mãe não tem condições financeiras para estar junto da criança. Este é um problema tecnológico que deve ser sanado o mais depressa possível, sendo relevante que o SUS e o MS busquem trabalhar em parceria para sanar este problema e reduzir mais este sofrimento para as parturientes.

Na avaliação de Pasche, Vilela e Martins (2010) a medicina passou por um momento de tecnificação e os médicos passaram a dar maior importância para a tecnologia e a ciência do que a humanização, no entanto, ainda hoje são percebidas falhas em relação à tecnologia e, com isso limitações no momento de atendimento, porém a falta de humanização e acolhimento por parte dos profissionais da área de saúde ainda é um problema grave.

Sobre o fato de estar diante das limitações de recursos humanos do serviço de saúde, as primíparas apresentaram as seguintes falas:

“[...] só tinha uma enfermeira (técnica de enfermagem). Só uma pra cuidar de todos os pacientes que estavam ali. Acho que tem que ter mais de uma, ou uma enfermeira e uma técnica, no caso [...] eu estava lá e ia chegando cada vez mais [...] Tem que ter mais profissional [...]” (P11)

“[...] outra (parturiente) estava mais com problema que eu ainda [...] mais de idade, era seu sétimo filho e ela ia fazer [...] os cuidados foram pra ela, porque a mulher já tinha até passado já do dia do nascimento [...] até eu comecei a ficar preocupada com ela, e só tinha uma enfermeira (técnica de enfermagem) pra cuidar de todas!” (P11)

Somente a (P11) comentou acerca das limitações de recursos humanos na instituição em que teve o seu filho, apontou a existência de somente uma enfermeira e que a mesma ofereceu maior atenção para outra parturiente, que estava com mais necessidade do que ela.

É importante comentar que para ter um atendimento humanizado não apenas deve existir um número maior de pessoas na equipe, como

também estas devem ser especializadas nas atividades desenvolvidas, sob o ponto científico e tecnológico, como também no campo humano para o processo de acolhimento e salvaguarda da saúde e da dignidade das pacientes no trabalho de parto e parto.

Conforme Brasil (2012), a Rede Cegonha veio com o importante papel de humanização na atenção a saúde da mulher e da criança, garantindo acolhimento, acesso e melhoria do pré-natal; oferecendo a vinculação da gestante à unidade de referência mais próxima de sua residência e transporte seguro até a unidade referenciada; proporcionando além disso, um atendimento embasado em boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.

O fato de faltar recursos humanos para o atendimento das primíparas na saúde pública, bem como a limitação tecnológica, dificulta a possibilidade das pacientes escolher o médico que fará o parto, sendo que sobre este assunto as mesmas comentaram que:

“O médico que me atendeu realmente, eu já tinha medo de ser atendida por ele [...] E realmente foi ele que me atendeu [...] eu não gostei de ser atendida [...] mas quando internei era ele que estava de plantão.” (P5)

“Nossa! Aquele médico lá [...] pelo amor de Deus!’, isso pra não falar o nome do médico, mas até ela falou que não concordou com a maneira que ele estava me tratando. No finalzinho, ela presenciou, antes de eu ir pra sala de parto. Nossa, que homem chato, e ele era grosso! Não tive escolha fui atendida por ele.” (P11)

O fato de as primíparas não ter a liberdade de escolha do médico que irá tratá-la, por vezes pode causar um descontentamento para as parturientes, que gera apreensão e vulnerabilidade no trabalho de parto e parto. No entanto, como o sistema de saúde pública no Brasil atua com a escala de plantões e a grande maioria dos profissionais médicos trabalha também em clínicas particulares, fica difícil oportunizar as gestantes a escolha do médico para o parto.

A relação médico-paciente deve ser de respeito mútuo, valorização e acolhimento, desta forma é importante que a parturiente tenha a oportunidade de escolher o médico que mais confia, visto que o trabalho de parto e o parto são momentos que a mulher deve ter confiança

na equipe de saúde, especialmente, no médico e no profissional enfermeiro, reduzindo o seu sentimento de abandono e solidão.

### 3.2.3.3. Autonomia

Como terceira subcategoria foi discutida a 'Autonomia', reconhecida neste estudo como as estratégias desenvolvidas pela primípara para participar ativamente do trabalho de parto e parto:

“Com a força né! Fazendo a força assim [...] Os movimentos para ajudar o neném nascer [...] Foi o que ajudou mais.” (P1)

“Ah, eu fiz bastante força, para ver se ajudava no parto.” (P4)

“Eu acho que eu contribuí fazendo a força para o neném nascer.” (P5)

“Eu fiz bastante força! Muita força, até demais! Eu nem sei de onde que eu consegui tirar aquela força, na hora que teve que fazer.” (P6)

As primíparas (P1); (P4); (P5) e (P6) citaram que fizeram força para ajudar o nascimento do bebê, sendo que a (P6) considerou que não sabe de onde veio tanta força, demonstrando com sua fala que se surpreendeu com sua atitude, sendo esta uma realidade seguidamente observada pelas mulheres.

Para que a mulher possa fazer a força necessária para auxiliar o parto é preciso que tenha conhecimento do que precisa fazer no trabalho de parto e parto e, este conhecimento parte da comunicação da equipe de saúde. Desta forma, entende-se que o papel das enfermeiras e de todos os formadores da equipe de saúde seja na instrução, apoio ou acolhimento destas pacientes, com destaque para as primíparas que não têm a experiência necessária.

Quanto ao reconhecimento do seu próprio potencial para auxiliar no nascimento do bebê, os sujeitos da pesquisa comentaram:

“Ah eu acho que a gente é essencial, tipo assim, vai muito da mulher, e ela que tem que ajudar se não fizer [...] Ah, eu acho sei lá.” (P3)

“[...] na verdade o trabalho de parto fui eu que fiz, né! A doutora só deu o pique e me orientou para mim fazer a força [...]” (P5)

As primíparas (P3) e (P5) reconheceram que fazem importante papel no trabalho de parto e parto, pois cabe a mãe fazer a força, a equipe cabe incentivar, orientar e acolher, porém a força para que a criança nasça deve ser realizada pela mãe.

Para que a mulher desempenhe o seu papel de fazer força para o nascimento de seu filho, as instruções de médicos e enfermeiros é essencial, por isso, encontra-se em Brasil (2007) a consideração de que a equipe de saúde deve fortalecer a capacidade das mulheres em realizar as suas ações no momento em que for necessário como no caso do trabalho de parto e parto.

Manter a calma e reduzir a tensão do ambiente foi o questionamento para os sujeitos das pesquisas as quais apontaram que:

“Ah, eu não fiquei gritando, fazendo escândalo. Aguentei a minha dor ali quietinha! Fazia força, seguia tudo que o médico falava, como que era para fazer força [...]” (P2)

“[...] até na hora que eu consegui ajudar, eu acabei colaborando, porque eu consegui e saiu na segunda ou terceira vez que eu consegui fazer a força.” (P11)

“Meia hora pra ter ele [...] Não foi demorado porque eu tive dilatação, eu tenho boa dilatação [...] Mas eu acho que foi tranquilo.” (P3)

“Acho que eu tive bastante calma né, pra dar certo. Porque ficava nervosa às vezes ali, ficava brava com os enfermeiros, mas tive calma também pra ajudar um pouco.” (P6)

“Então na hora que ela falou: ‘Faz a força, que eu já te dei o sorinho pra nascer’, eu fui super empenhada para que ele nascesse logo para acabar o sofrimento. Eu estava sentindo muita dor!” (P8)

“Então, todo mundo falou que eu estava até calma demais. Estava calma demais. Eles falaram que nem parecia que eu ia ganhar bebê. Eu fiquei sossegada [...]” (P7)

Segundo as parturientes (P2); (P11); (P3); (P6); (P8) e (P7) em suas falas relataram fatos interessantes de que ficaram calmas tentando ajudar o nascimento, bem como, a (P7) contou que o pessoal da equipe de saúde achou ela calma, dizendo nem parecer que ela ia ganhar um bebê, demonstrando serenidade e calma no momento que foi necessário.

A calma das pacientes no trabalho de parto e parto, especialmente, das primíparas está diretamente relacionado com a forma com que são tratadas, sendo que muitas ficam ainda mais nervosas

quando ocorre um atendimento desumanizado e não ocorre o acolhimento, deixando-as nervosas e sem poder ajudar para o nascimento do bebê.

O pré-natal se revelou uma boa tecnologia para a construção da autonomia das mulheres, pois:

“Um pouco também que me ajudou, que eu não tinha muitas dúvidas é que na UBS, no postinho aqui, eles assim na minha gestação, tiveram umas enfermeiras que estavam fazendo estágio, e elas fizeram um grupo. Então todas as gestantes do bairro aqui [...] Tinha um grupo de palestra [...] Elas passaram uns vídeos tudo [...] Falaram certinho pra gente assim [...] E tinha bastante assim mãe de primeira viagem. Então por isso que eu não tive muitas dúvidas. Isso ajudou.” (P10)

Segundo a primípara (P10) durante o seu pré-natal teve palestras oferecidos na unidade de saúde, com enfermeiras que faziam estágio e desenvolveram palestras explicativas com orientações para as futuras mães, especialmente, as de “primeira viagem” como se referiu a (P10).

É importante salientar que estas palestras oferecidas para as futuras mães é uma importante forma de humanização da saúde, bem como, um instrumento para que o acolhimento seja realizado ainda antes do trabalho de parto e parto, para que as gestantes possam ir mais seguras para o dia do nascimento do bebê. Se faz relevante indicar esta como uma das ações a serem realizadas em todas as unidades de saúde frequentados por gestantes, para orientações e comunicação que possam reverter em boa hora de nascimento do bebê.

Compreende-se ainda que o pré-natal é um período em que a gestante deve ir se adaptando a sua nova vivência sendo orientada para o cumprimento do seu papel, antes, durante e depois do nascimento de seu filho, por isto é um instrumento essencial para um bom trabalho de parto e parto, devendo ter o interesse e participação dos profissionais da saúde e, especialmente, das gestantes.

Embora em muitos momentos as primíparas demonstraram conhecimento insuficiente quanto ao trabalho de parto e parto, condição essencial para tornar esta experiência mais exitosa, estas foram questionadas com relação a efetividade do pré-natal:

“[...] Foi da força porque eu não sabia fazer a força porque eu nunca tinha ganhado neném [...]” (P1)

“[...] eu não sei se pode, se é esse procedimento que tem que seguir, porque eu não fui orientada pelo pré-natal.” (P5)

“E eu não tive instrução nenhuma disso. Eu acho que se tivesse tido instrução antes né, seria até mais fácil pra ajudar o bebê nascer.” (P8)

“Aí me examinaram e descobriram que eu estava entrando em trabalho de parto. E a doutora falou que era pra eu ficar, mas assinei o termo pra ir embora [...] Porque ela falou que normalmente primeiro parto demora NE [...]” (P7)

“eu colocava a força tudo no meu rosto. Até estourou uns vasinhos sanguíneos no meu rosto e no meu olho. Não estava conseguindo de jeito nenhum. E ele falava: ‘Faz força sem apoiar o cotovelo!’.” (P11)

Segundo as primíparas (P1); (P5); (P8); (P7) e (P11) elas não tiveram instruções no pré-natal para fazer força no momento do nascimento do bebê, desta forma, consideraram difícil tanto o trabalho de parto, quanto o parto, mas acreditam que se tivessem sido orientadas, teriam mais facilidade em fazer a força da forma e na hora certa.

Em consonância com a UNICEF (2005) esta recomenda que a atenção à mulher seja realizada a partir do acompanhamento ao pré-natal, orientando as gestantes do que devem fazer para auxiliar a equipe de saúde para o nascimento do bebê. Neste sentido, quando as primíparas pesquisadas relataram que não tiveram estas instruções no pré-natal, percebe-se uma falha neste programa, que deve ser corrigida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo foram traçados objetivos alcançados a partir da coleta de dados empíricos e análise dos mesmos, resgatando as suas vivências em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde de Fernandópolis-SP. As convergências e divergências de concepções sobre a assistência prestada pela equipe de saúde foram apontadas pelas entrevistadas e analisadas sob a perspectiva dos referenciais teóricos, que permitiram observar a importância da humanização e do acolhimento destas mulheres no trabalho de parto e parto.

A análise dos dados coletados junto às puérperas primíparas, revelou que a banalização da humanização da atenção ao trabalho de parto e parto e a indiferença perante os direitos dos usuários dos serviços de saúde, corrobora a banalização do sofrimento da paciente e resulta na sua própria invisibilidade. Deste modo, são fortalecidos estereótipos de classe e gênero na sociedade que refletem diretamente na assistência a essas pacientes.

Observou-se que o poder médico no seu exercício cotidiano e as relações interpessoais reflete a erosão na assistência prestada. A precariedade de recursos materiais e humanos, a descontinuidade da atenção prestada do pré-natal ao parto, que dificulta a formação de vínculos de confiança e respeito entre profissionais e pacientes, o uso acentuado de tecnologia como intercessora das relações e a impessoalidade no cuidado, conformam terreno fértil para facilitar a condição de vulnerabilidade, exercida por meio de maus tratos e desrespeitos.

O relacionamento interpessoal foi apontado como um fator importante na atenção ao nascimento e parto, segundo a avaliação das puérperas. Este fato foi confirmado quando a avaliação foi positiva a assistência e aos próprios profissionais, no momento em que elas foram tratadas com respeito, dignidade e atenção por parte deles. Quando



ocorrido o contrário, elas foram tratadas com descaso, desatenção e falta de educação, estes fatos tornaram a avaliação da assistência negativa.

Alguns acontecimentos fazem com que a experiência do parto torne-se dramática e traumatizante, principalmente quando o relacionamento interpessoal ocorre de uma forma inadequada, violando assim, a humanização da atenção e os direitos dos usuários dos serviços de saúde. O ideal é que os profissionais estejam vigilantes a esses aspectos em virtude da humanização da assistência ao parto e nascimento que versa pelo respeito ao outro na sua individualidade e especificidade, considerando-se suas idéias, valores e cultura.

A escassa atenção dirigida a este aspecto da assistência pode ser um reflexo das posturas hegemônicas adotadas por muitos profissionais de saúde, especialmente diante das mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde.

As relações de poder que os profissionais exercem sobre as pacientes faz com que as informações e explicações sobre os procedimentos a serem realizados não sejam devidamente esclarecidas, na maioria das vezes, por avaliarem que elas serão incapazes de compreendê-las.

A relação dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços de saúde se caracteriza pelas relações de dominação e dominado que aparece de forma perspicaz e que está enraizada na cultura, fazendo com que pareçam naturais.

A identificação do profissional é um dever e torna-se um direito do usuário. Do mesmo modo, apresentar-se, dizer seu nome, sua qualificação na equipe e o que compete a ele executar proporciona uma relação de confiança com a usuária, levando a redução da ansiedade e angústia da mulher.

Houve aquelas primíparas alvo do estudo que demonstraram um tratamento desrespeitoso quando descreveram ter passado por violências de vários tipos desde agressões verbais, psicológicas e, até mesmo, físicas durante o período em que permaneceram sob o cuidado de alguns

profissionais. Este fato demonstra o descaso, a negligência e o desrespeito que continua sendo praticado por muitos profissionais.

Esta prática se configura como uma violência institucional, visto que retrata a inadequação de recursos materiais e humanos e na relação profissional-paciente. Acredita-se que pelo fato da maioria das usuárias dos serviços de saúde no Brasil não conhecerem seus direitos como cidadãs e pacientes contribui para esse tipo de comportamento.

A humanização da assistência implica no desenvolvimento de alguns atributos essenciais ao ser humano, dentre eles, alguns que se fazem urgentes e imprescindíveis em todos os aspectos: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade. As mulheres deste estudo apontaram como positiva a atenção prestada por profissionais em formação, referindo que estes demonstraram maior envolvimento, respeito e solidariedade diante do momento vivenciado, dispensando orientações, cuidados e por permanecerem presentes durante todo o processo de parturição.

Neste sentido, espera-se que este estudo contribua com a discussão sobre as dificuldades de implantação, na prática assistencial, das diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), adequando e melhorando a atenção à saúde da mulher.

Observa-se que, embora seja importante a qualidade ética das interações numa perspectiva vasta de cuidado, em que tanto as intervenções técnicas, quanto as ações de suporte sejam voltadas para o acolhimento, é preciso valorizar a mulher enquanto sujeito na relação profissional-paciente. Acredita-se que a melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento atua como parte de uma conjuntura mais ampla que engloba a saúde reprodutiva, e que deve estar alicerçada com um desenvolvimento socioeconômico e conjuntural do país.

A redução das desigualdades, o respeito humano e a melhor igualdade na relação profissional-paciente é passo fundamental para a melhoria da qualidade da atenção em todos os âmbitos da saúde reprodutiva. Este conceito se insere na significação atual da saúde reprodutiva que inclui muito além dos aspectos técnicos relativos ao aconselhamento e assistência, abarca a melhoria da qualidade de vida e

das relações pessoais, visualizando o conceito na perspectiva dos direitos humanos.

Este estudo evidenciou a importância de considerar o relacionamento terapêutico entre os profissionais da saúde e os pacientes, sendo este reforçado e aprofundado para contemplar o conhecimento relativo aos aspectos psicológicos do ciclo grávido e puerperal, contribuindo para a efetivação das políticas de saúde voltadas para o atendimento das mulheres que demandam estes serviços, principalmente no trabalho de parto e parto.

Por fim, consideram-se os limites do estudo, tendo em vista que foi um estudo realizado em uma realidade específica de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Também a metodologia qualitativa utilizada na descrição de uma situação complexa, que merece ser analisada por outros métodos, que revelassem níveis de evidência e outras dimensões de realidade, complementando-se. Assim sugere-se a realização de novos estudos acerca do objeto na produção de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G., PINHEIRO, L. C. *et al.* **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas.** Brasília: UNESCO, 2002.

ALEXANDRE, L. B. S. P. Políticas públicas de saúde da mulher. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher.** São Paulo: Manole, 2007.

ANJOS, M. F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. In: **Rev Bioética.** n. 2, p.173-86, 2006.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. In: **Rev Saúde Pública.** n.40, (spe), p. 121-32, 2006.

AROUCA, A. S. S. A reforma sanitária brasileira. In: **Tema/Radis.** n. 11, p. 2-4, nov. 1988.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, JÚNIOR I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI, FILHO H. C. O conceito de vulnerabilidade: novas perspectivas e desafios. In: FREITAS, C. M.; CZERESNIA, D. (org.). In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Rio de Janeiro: Edições 70, 2011.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro.** Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa de saúde materno-infantil – bases programáticas.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n° 196**, de 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. In: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, n. 2, v. 1, p.69-71, jan.- abril, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher, princípios e diretrizes**. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Poder Legislativo. Lei 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Casa Civil**. Brasília, DF, 07 de abril de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de redução à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Poder Legislativo. Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde recebera assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF, 28 de dez. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 22 Jun. 2012.

CAPONI, S. N. C. A compaixão no poder médico-assistencial. In: **Cadernos Nietzsche**. 4.p.63-82, 1998.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 13, v. 2, p. 2029-2040, 2008.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. Tese de Doutorado em Psicologia. Porto Alegre-RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Disponível em: < [http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf)>. Acesso em: 24 Jun. 2012.

CORREIO DE MATO GROSSO. **A incômoda cicatriz da cesárea**.

Disponível em:

<[http://www.correiodematogrosso.com.br/TNX/conteudo.php?pageNum\\_Pagina=1&cid=2645&sid=129&totalRows\\_Pagina=752](http://www.correiodematogrosso.com.br/TNX/conteudo.php?pageNum_Pagina=1&cid=2645&sid=129&totalRows_Pagina=752)>. Acesso em: 19 Maio 2012.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. In: **Cien Saúde Colet**. n.14, v. 4, p. 1073-83, 2009.

DILLY, C. M. L. **O aluno de enfermagem e o paciente: ação x reação**. 1988. 83 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1988.

DINIZ, D. A vulnerabilidade na bioética. In: Costa, S. I; Diniz, D, (orgs). **Bioética: ensaios**. Brasília: Letras Livres, 2001.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. 5. ed. rev., aumentada e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2008.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. In: **Cad. Saúde Pública**. v.22. n.12. Rio de Janeiro, dez. 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS; E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, v. 1, p. 52-62, 2004.

FERNANDÓPOLIS, Prefeitura do Município. **Diagnóstico de Fernandópolis**. 2005. Disponível em: <<http://www.fernandopolis.sp.gov.br/Portal/Principal.asp?ID=3>>. Acesso em: 28 Abr. 2011.

FERNANDÓPOLIS. Prefeitura Municipal. **Prefeito anuncia a criação do “Lucy Montoro” e AME em Fernandópolis**. Disponível em: <<http://www.fernandopolis.sp.gov.br/Portal/Noticia.asp?ID=2601&txtPesquisa=lucy montoro>>. Acesso em: 24 Jun. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**: edição histórica 100 anos. Curitiba: Positivo, 2010.

FIALHO, T. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Monografia de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública. Viçosa-MG: EVATA-Educação Avançada, 2008.

FOUCAULT, M. **Historia da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUARESCHI, N. M. F.; REIS, C. D.; HUNING, S. M.; BERTUZZI, L. D. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. In: **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. UERJ, RJ. Ano 7. N.1. 1º Semestre de 2007.

HOGA, L. K; FELIZ, C. C. P; BALDINI, P., GONÇALVEZ, R. C., SILVA, T. R. A. Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas. In: **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8** [online]. São Paulo; 2002. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000100049&lng=pt&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100049&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 maio 2011.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **População recenseada e estimada, segundo os municípios – São Paulo**. Contagem da População 2010. Censos, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 05 maio 2011.

IBGE. **Censo 2010: País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis**. (2010). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>>

noticia\_visualiza.php?id\_noticia=2018&id\_pagina=1>. Acesso em: 24 Jun. 2012.

KOTTOW, M. H. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: KOTTOW, M. H. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: Colocando em ações as habilidades de liderança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

LEMOS, A. Abordagem histórica do planejamento familiar no Brasil. In: PORTO, Fernando. *et al.* **Atenção a saúde da mulher: história, aspectos legais e cuidados**. Rio de Janeiro: Águia Dourada; cap.7, p.73-98, 2011.

LOPES, M. H. B. M. Assistência à saúde da mulher. In: LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher**. Goiânia: AB, p. 3-13, 2006.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 7. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. In: **Rev Bioética**. n. 6, p. 40-1, 1998.

MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5.ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MELLO, D. G. **A vulnerabilidade e suas relações com a autonomia e a pesquisa com seres humanos**. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz, 2008.

MELLO, M.; LIMA, J. V. Humanização do parto em adolescentes: aspectos emocionais. **RECCS**. v. 15, n. 2, p.11-15, abr-jun. 2002.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(4): 955-963, jul-ago, 2003.

MILLER, B. L. **Autonomy**. Encyclopedia of Bioethics. Disponível em CD Room: Georgetown University Editor, p. 3888-3925, 1995.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.



MORAIS, I. M. Vulnerabilidade do doente *versus* autonomia individual. In: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, n.10, v. 2, p. 331-336 dez., 2010.

MOTA, A. Poder médico e seus limites... In: **Revista USP.** São Paulo. n.40. p.138-148, dez./fev. 1998-99.

NASCIMENTO, E. R. do. **Gênero e enfermagem.** Salvador-Bahia: Gráfica e Editora Positiva, 1996.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** 2. ed. ampl. Barueri-São Paulo: Manole, 2007.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R.S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. In: **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 3, p. 594-601, 2009.

O. M. S., ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra (SUI): OMS, 1996.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. In: **Cad Saúde Pública.** n. 14, v. 1, p. S25-32, 1998.

PADILHA, M. I. C. S. *et al.* Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. In: **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, 14 (2): 292-300, abr-jun. 2006.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. In: **Rev. Tempus Actas Saude Col.** v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implantação na prática assistencial. In: **Rev Bras Med Fam e Com.** n. 1, v. 3, p. 72-79, 2005.

PELBART, P. P. **Vida nua, vida besta, uma vida.** (2007). Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>. Acesso em: 18 Jan. de 2012.

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. In: **Psicologia em Estudo.** Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PINTO, L. F. *et al.* Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. In: **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 10, n.1, p. 205-213, 2005.

PINTO-NETO, J. M. **A percepção dos comunicantes intradomiciliares de doentes de hanseníase sobre a doença, o convívio com o doente e**

**o controle realizado pelo serviço de saúde.** 2004. 229 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto-São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. In: **Lua Nova Revista de Cultura e Política.** n. 63, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, D. Tecnologia e ideologia: os dois lados da moeda que produz vulnerabilidade. In: **Rev Bioética.** n. 2, p. 63-86, 2006.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ROCHA, D. C. S. *et al.* Cuidados com bebês: conhecimento de primíparas adolescentes. In: **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 9, n. 3, 365 – 71, dez. 2005.

SAFFIOTI, H.I.B. **O poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

SANTOS, D. S; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. In: **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 3, p. 582-9, 2009.

SATO, R. **A percepção do enfermeiro na assistência a mulher grávida, desvelando a prática da humanização.** Curitiba: UFPR, 2001.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** 10(3): 707-717, 2005.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade.** Porto Alegre, v.16, n. 2, p. 5- 22. 1990.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e realidade.** UFRGS/Porto Alegre, v. 20, p. 71-99, 1995.

SEGRE, M.; SILVA, F. L.; SCHRAMM, F. R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. In: **Rev Bioética.** n. 6, p. 15-23, 1998.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, L. M. **A mulher e a saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher, 1988.

SOUTO, C. M. R. M.; PESSOA, S. M. F.; DAMASCENO, M. M. C.; ARAÚJO, T. L. Tendências das pesquisas de enfermagem em saúde da mulher no período de 2001 a 2005. In: **Texto Contexto Enferm.** n.16, v.4, p. 719-26, 2007.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.

TEDESCO, R. P. *et al.* Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. In: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - RBGO.** n.10, v. 26, p. 791- 798, 2004.

TOMMASELLI, G. **Biopolítica, biopoder e semiformação**. ABC Imaginário. Nov. 2011. Disponível em: <<http://abcmaginario.blogspot.com/2011/11/biopoder-biopolitica-e-semiformacao.html>>. Acesso em: 15 Jan. 2012.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública.** v.19. supl.2. 2003.

TORRALBA, F. R. **Antropologia del cuidar**. Madri: Institut Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina, 1998.

TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1995.

TYRRELL, M. A. R. Programas Nacionais de Saúde Materna – Infantil: Impacto Social e inserção da enfermagem. In: **Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem.** Ano I, n. de lançamento, jul. 1997.

TYRRELL, M. A. R; SOUZA, M. H. N; SOUZA, K. V. In: Políticas de Saúde à Mulher no Brasil: marcos evolutivos e implicações para o exercício profissional do enfermeiro. **PROENF: Saúde Materna e Neonatal**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

UNESCO. **Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem**. (2005). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/undh.htm>>. Acesso em: 15 Jan. 2012.

UNICEF. Situação da Infância Brasileira 2006. **Crianças de até 6 anos: O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento**. Brasília: Unicef, 2005.

VIEIRA, C. Gravidez e Maternidade em Contexto Migratório: Dupla Vulnerabilidade. In: CONGRESSO VULNERABILIDADES NA GRAVIDEZ E NO PÓS-PARTO, 2010, Mealhada - Portugal. **Anais eletrônicos** ISBN:

978-98-966-17-0-7. Mealhada: Portugal, 2010. Disponível em:  
<<http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf/>>. Acesso em: 20  
Jan. 2012.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – ROTEIRO PESQUISA DOCUMENTAL

#### I - CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS DO POSSÍVEL COLABORADOR:

- Nome:.....
- Endereço:.....
- Telefone:.....
- Idade:.....
- Data do Parto:.....
- Hora do Parto:.....
- Tipo de Parto:.....
- Estado civil: .....

**APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS – SP**

Prezada Senhora,

Eu, Camila Lucchese Veronesi, portadora do RG nº 32.014.177-9, enfermeira, docente no Curso de Enfermagem da UFMT/CUR, inscrita no COREN-MT com o nº 140.945, e aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC – Goiás, sob orientação do Professor Drº Nivaldo dos Santos, co-orientação da Professora Drª Roselma Lucchese, venho por meio desta solicitar a Vossa Senhoria a autorização para Coleta de Dados em busca dos casos de primigestas residentes no município e que realizaram seu parto normal no hospital geral de caráter filantrópico, no ano de 2011, por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que subsidiará a elaboração da dissertação de mestrado, intitulada: “ Experiências vividas por primíparas em relação à assistência prestada no trabalho de parto e parto”, que tem como objetivo geral: analisar a assistência ao trabalho de parto e parto vivenciada por primíparas em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde.

Tenho o intuito de, através deste projeto, contribuir com a melhoria da qualidade da assistência a saúde prestada pelo profissional de saúde à mulher no estado gravídico-puerperal, além de contribuir com novas pesquisas nesta área.

Cabe esclarecer que a participação destas mulheres será voluntária e a mesma ocorrerá, após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido que será apresentado e explicado por esta pesquisadora. Em anexo, segue um breve resumo do projeto de pesquisa.

Coloco-me à sua disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradeço antecipadamente.

Fernandópolis, 11 de Maio de 2011.

---

Camila Lucchese Veronesi  
Mestranda

**Ilma. Senhora**  
**Profª. Drª. PATRÍCIA MOITA GARCIA KAWAKAME**  
**Diretora Municipal de Fernandópolis – SP.**

## APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS – SP

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS – SP.

Prezada Senhora,

Eu, Camila Lucchese Veronesi, portadora do RG nº 32.014.177-9, enfermeira, docente no Curso de Enfermagem da UFMT/CUR, inscrita no COREN-MT com o nº 140.945, e aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC – Goiás, sob orientação do Professor Drº Nivaldo dos Santos, co-orientação da Professora Drª Roselma Lucchese, venho por meio desta solicitar a Vossa Senhoria a autorização para Coleta de Dados em busca dos casos de primigestas residentes no município e que realizaram seu parto normal no hospital geral de caráter filantrópico, no ano de 2011, por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que subsidiará a elaboração da dissertação de mestrado, intitulada: “ **Experiências vividas por primíparas em relação à assistência prestada no trabalho de parto e parto**”, que tem como objetivo geral: analisar a assistência ao trabalho de parto e parto vivenciada por primíparas em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde.

Tenho o intuito de, através deste projeto, contribuir com a melhoria da qualidade da assistência a saúde prestada pelo profissional de saúde à mulher no estado gravídico-puerperal, além de contribuir com novas pesquisas nesta área.

Cabe esclarecer que a participação destas mulheres será voluntária e a mesma ocorrerá, após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido que será apresentado e explicado por esta pesquisadora. Em anexo, segue um breve resumo do projeto de pesquisa.

Coloco-me à sua disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradeço antecipadamente.

Fernandópolis, 11 de Maio de 2011.



Camila Lucchese Veronesi  
Mestranda

Ilma. Senhora  
Profª. Drª. PATRÍCIA MOITA GARCIA KAWAKAME  
Diretora Municipal de Fernandópolis – SP.

12/05/11  
Autorizo

  
Drª Patrícia Moita Garcia Kawakame  
Secretaria Municipal de Saúde

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA****I - CARACTERIZAÇÃO DA MULHER:**

- Data: .....
- Horário:.....
- Nome:.....
- Data/ horário do parto:.....
- Tipo de parto:.....
- Religião: .....
- Idade:..... anos Gesta:...../ Para:..... /Aborto:.....
- Estado civil: .....
- Número de filhos:.....
- Mora com o pai da criança:.....
- Escolaridade:.....
- Ocupação:.....
- Renda familiar:..... salários mínimo
- Sua gravidez foi desejada? Sim ( ) Não ( )  
Por quem? Só você ( ) Companheiro ( ) Os dois ( ) Família ( )
- Sua gravidez foi planejada? Sim ( ) Não ( )



## II- A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DE PARTO E A ASSISTÊNCIA:

1- Recentemente você passou pela experiência do trabalho de parto e parto, sendo assim, como foi pra você vivenciar esse momento? Como foi sua recepção no Centro Obstétrico? E como foi o período de trabalho de parto?

2- E do parto?

3- Como você se percebeu durante o trabalho de parto e parto?

4- De que forma você colaborou no trabalho de parto e parto?

5- Você identificou os profissionais que a atenderam (quando era um médico; enfermeira ou outro profissional)?

6- Durante todo este período você sentiu vontade de falar ou perguntar alguma coisa aos profissionais que estavam a sua volta? E como foi que eles reagiram?

7- De que forma você descreve a assistência recebida pelos profissionais?

8- Quais os cuidados de que mais gostou? Por quê?

9- Quais os cuidados de que menos gostou? Por quê?

10- Como gostaria de ter sido atendida durante o trabalho de parto e parto?

11- O que você considera ser uma assistência apropriada para uma mulher, um ser humano, uma cidadã?

12- Deseja fazer outro comentário sobre a assistência recebida no trabalho de parto e parto?

## **APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Sua participação é voluntária e em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Se houver alguma questão que deseja esclarecer, você receberá uma cópia desse termo e em caso de dúvidas poderá entrar em contato com a Pesquisadora responsável: Enfermeira Camila Lucchese Veronesi, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde, através dos contatos (inclusive ligações a cobrar): (66) 9616-6636(17) 9608-6330 ou (17) 3442-1252, e-mail: [camilalucchese@hotmail.com](mailto:camilalucchese@hotmail.com) , e/ou o Comitê de Ética e em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pelos telefones: (62) 3946-1512 Fax: (62) 3946-1070.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Título do Projeto: “EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR PRIMÍPARAS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRESTADA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO”. O objetivo deste estudo é analisar a assistência em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde durante o trabalho de parto e parto vivenciado por mulheres que tiveram seu primeiro parto. Será realizada uma entrevista com o uso de um gravador digital portátil. Em média, o tempo gasto para a realização da entrevista é de 1 hora. Os riscos restringem-se ao desconforto em ter que disponibilizar parte do seu tempo para a realização da entrevista e pelo recebimento da pesquisadora em sua residência ou local de sua preferência para a realização e gravação da entrevista. Não são evidentes outros riscos relacionados com a sua participação na pesquisa, visto que são mínimos por ser uma pesquisa com entrevista. Você tem o direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza. Os benefícios podem envolver você direta ou indiretamente, visto que os resultados poderão contribuir para a melhoria

da assistência prestada e da humanização no atendimento à saúde da mulher. A entrevista será realizada conforme a sua disponibilidade de horários, podendo ser necessário um segundo encontro caso a pesquisadora encontrem algum ponto a esclarecer e validar os dados. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e a sua identidade será mantida em sigilo durante toda a pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para a pesquisa. Esteja segura da completa confidencialidade dos dados. Os resultados desta pesquisa serão publicados na forma de trabalhos científicos, que serão divulgados em eventos, além de artigos publicados em revistas da área.

---

Camila Lucchese Veronesi  
Mestranda

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
CONFIRMO estar sendo informada por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo AUTORIZO a publicação e concordo em participar do estudo “EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR PRIMÍPARAS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRESTADA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO” como sujeito e cedo os direitos de minhas respostas e entrevista, para serem usadas integralmente ou em partes, sem restrições de citações, podendo inclusive torná-las públicas na dissertação de mestrado e em outros trabalhos científicos realizados pela pesquisadora e por seus orientadores. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora enfermeira Prof<sup>a</sup>. Camila Lucchese Veronesi sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Fernandópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Nome e Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Sua participação é voluntária e em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Se houver alguma questão que deseja esclarecer, você receberá uma cópia desse termo e em caso de dúvidas poderá entrar em contato com a Pesquisadora responsável: Enfermeira Camila Lucchese Veronesi , mestranda em Ciências Ambientais e Saúde, através dos contatos (inclusive ligações a cobrar): (66) 9616-6636(17) 9608-6330 ou (17) 3442-1252, e-mail: [camilalucchese@hotmail.com](mailto:camilalucchese@hotmail.com) , e/ou o Comitê de Ética e em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pelos telefones: (62) 3946-1512 Fax: (62) 3946-1070.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Título do Projeto: “EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR PRIMÍPARAS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRESTADA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO”. O objetivo deste estudo é analisar a assistência em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde durante o trabalho de parto e parto vivenciado por mulheres que tiveram seu primeiro parto. Será realizada uma entrevista com o uso de um gravador digital portátil. Em média, o tempo gasto para a realização da entrevista é de 1 hora. Os riscos restringem-se ao desconforto em ter que disponibilizar parte do seu tempo para a realização da entrevista e pelo recebimento da pesquisadora em sua residência ou local de sua preferência para a realização e gravação da entrevista. Não são evidentes outros riscos relacionados com a sua participação na pesquisa, visto que são mínimos por ser uma pesquisa com entrevista. Você tem o direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza. Os benefícios podem envolver você direta ou indiretamente, visto que os resultados poderão contribuir para a melhoria

da assistência prestada e da humanização no atendimento à saúde da mulher. A entrevista será realizada conforme a sua disponibilidade de horários, podendo ser necessário um segundo encontro caso a pesquisadora encontrem algum ponto a esclarecer e validar os dados. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e a sua identidade será mantida em sigilo durante toda a pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para a pesquisa. Esteja segura da completa confidencialidade dos dados. Os resultados desta pesquisa serão publicados na forma de trabalhos científicos, que serão divulgados em eventos, além de artigos publicados em revistas da área.

---

Camila Lucchese Veronesi  
Mestranda

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
 CONFIRMO estar sendo informada por escrito e verbalmente dos objetivos  
 desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo AUTORIZO a  
 publicação e concordo em participar do estudo “EXPERIÊNCIAS VIVIDAS  
 POR PRIMÍPARAS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRESTADA NO  
 TRABALHO DE PARTO E PARTO” como sujeito e cedo os direitos de  
 minhas respostas e entrevista, para serem usadas integralmente ou em  
 partes, sem restrições de citações, podendo inclusive torná-las públicas na  
 dissertação de mestrado e em outros trabalhos científicos realizados pela  
 pesquisadora e por seus orientadores. Fui devidamente informada e  
 esclarecida pela pesquisadora enfermeira Prof<sup>a</sup>. Camila Lucchese Veronesi  
 sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os  
 possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me  
 garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem  
 que isto leve a qualquer penalidade.

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, representante legal  
 do sujeito da pesquisa, autorizo a sua participação na pesquisa descrita  
 acima.

Fernandópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Nome e Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_.

Nome e Assinatura do representante legal do sujeito da pesquisa  
 (anexar documento que comprove parentesco/tutela/curatela):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.