



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nyessa Souza Arantes Nogueira

Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos

**UBERLÂNDIA/MG
2016**

Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado
Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG
+55 – 34 – 3225 8516 ou +55 – 34 – 3225 8512 pgpsi@fapsi.ufu.br <http://www.pgpsi.ufu.br>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nyessa Souza Arantes Nogueira

Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado), do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

**UBERLÂNDIA/MG
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

N778s
2016 Nogueira, Nyessa Souza Arantes, 1992
 Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos
 / Nyessa Souza Arantes Nogueira. - 2016.
 232 p.

 Orientador: Emerson Fernando Rasera.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Inclui bibliografia.

 1. Psicologia - Teses. 2. Parto humanizado - Teses. 3. Maternidade -
 Aspectos psicológicos - Teses. 4. Paternidade - Teses. I. Rasera,
 Emerson Fernando, 1972-. II. Universidade Federal de Uberlândia.
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nyessa Souza Arantes Nogueira

Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Banca Examinadora

Uberlândia, _____ de março de 2016

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia, MG

Profª. Dra. Flavia do Bonsucesso Teixeira

Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia, MG

Profª. Drª. Jacqueline Isaac Machado Brigagão

Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo, SP

Profª. Drª. Eliane Regina Pereira (Examinadora suplente)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA
2016

Dedicatória

A Deus, meu Pai e amigo, por guiar os meus passos, acalmar meu coração e me permitir mais uma conquista. A Ele todo louvor e toda glória!

E a todas as famílias que lutam para vivenciarem plenamente o nascimento de seus filhos e se esforçam para que seus direitos sejam respeitados!

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus por me inspirar, guiar, fortalecer e me acompanhar durante toda essa caminhada.

Agradeço também à minha querida e amada família. Ao meu filho Asaph por alegrar minha vida, me amar, inspirar e encorajar a ser melhor a cada novo dia! Aos meus pais, Enaldo Paulino e Nilva Arantes, pela educação, cuidado, amor incondicional e, em especial a minha mãe, por cada minuto que se dispôs a cuidar do Asaph para que eu pudesse me dedicar a esta obra. Ao meu esposo William Nogueira por me amar e me mostrar que é possível superar desafios!

Aos virtuosos doutores que foram tão importantes na minha jornada acadêmica, norteando a minha caminhada em busca do conhecimento. Em especial, ao meu professor e orientador, Dr. Emerson Raser, por acreditar em mim e ter doado tamanha disposição e incentivo, tornando possível a conclusão deste estudo. Agradeço ainda toda a sua compreensão nesse período, pela minha vivência da maternidade, que além de me impulsionar a continuar, só fez crescer a minha admiração pela pessoa que é! Sem dúvidas, considero que ganhei um grande amigo!

Agradeço ainda a todos os participantes dessa pesquisa por me receberem em suas casas, exporem suas histórias e contribuírem para a construção desse trabalho que, ao final, me permitiu experimentar um sentimento de orgulho e de dever cumprido.

E por fim, a CNPq por subsidiar um sonho e contribuir para a qualidade desse trabalho.

Meu sincero, Obrigada!

Resumo

O parto representa um ponto significativo no processo da maternidade e paternidade, sendo mais que um ato fisiológico, um evento construído e desenvolvido num contexto social e cultural. Ao longo da história, o nascimento de um bebê se distanciou do âmbito familiar e tornou-se um processo artificial e complexo. Pais e mães estão se sentindo cada vez mais incapazes, uma vez que os profissionais obstétricos se apropriam do parto, privam da mulher a confiança na sua aptidão de dar à luz e do homem o direito de participar do nascimento de seu filho, além de fazerem de seus bebês uma propriedade da instituição. Assim, ao reconhecer a complexidade deste fenômeno, o presente estudo teve como objetivo compreender os sentidos produzidos por mães e pais acerca de sua participação no nascimento de seus filhos. Fizeram parte do estudo oito casais, residentes no município de Uberlândia (MG). Foram realizadas duas entrevistas individuais semi-estruturadas, sendo uma antes do parto e outra após o mesmo. A análise baseou-se numa perspectiva qualitativa, de cunho construcionista social, de investigação do processo de construção de sentidos a partir de uma análise temática, sendo organizada em quatro categorias: 1) Expectativas para o parto; 2) Das expectativas à realidade vivida no parto; 3) Pós parto imediato e 4) Violência Obstétrica. Quanto às expectativas para o parto, os pais mostraram um sentimento de total desconhecimento quanto ao momento em que estavam prestes a viver, além de trazer à tona suas inseguranças, medos, ansiedades, crenças e esperanças de que tudo terminaria bem. Quanto às vivências na hora do parto, foram predominantemente marcadas pelo desrespeito e violência por parte dos profissionais de saúde que os assistiam, sendo a mulher e seu bebê tidos como apropriação da instituição e em sua maioria vistos como sujeitos desprovidos de subjetividade e direitos. Quanto ao pós-parto, foi observado uma difícil adaptação e um desamparo profissional para a maioria dos casais, com dificuldades para lidar com necessidades básicas do bebê, como a amamentação exclusiva. E por fim, diante de toda a trajetória de mães e pais na assistência do ciclo gravídico-puerperal, foi evidente a transversalidade da violência como marco da atenção à saúde obstétrica e neonatal, sendo necessário alertar a população e as autoridades de saúde para a urgência de medidas que alterem esse quadro. Contudo, notou-se a necessidade de uma crítica que vai além dos discursos normativos e culturais que apontam uma incompatibilidade entre o sistema de saúde e seus cuidados obstétricos e as atuais evidências científicas e políticas públicas. É preciso questionar ainda a falta de fiscalização para as leis já vigentes, além do desconhecimento das gestantes e seus familiares acerca de seus direitos. Assim, o debate se aprofunda, se firmando sobre a falta de oportunidade para escolhas conscientes e a presença limitada de informações qualificadas para as mulheres parturientes e seus familiares. Além de fornecer informações as mulheres, os profissionais precisam assumir uma postura de aproximação, cuidado, respeito e compromisso com as mais recentes evidências científicas, de forma que auxilie na superação de tabus relacionados à assistência materno-infantil.

Palavras-chave: Parto; Parto humanizado, Maternidade, Paternidade; Violência.

Abstract

In the process of motherhood and fatherhood, Childbirth is a significant point. It is beyond a physiological act, it is an event built and developed in a social and cultural context. Throughout history, the birth of a baby has distanced him from the family and became an artificial and complex process. Nowadays the parents are feeling increasingly incapable to decide anything about their childbirth, due the procedures of obstetrical care providers, which are felling as on the right to take ownership of childbirth even to take their babies as a property of the institution. Woman deprives confidence in their ability to give birth and men the right to attend the birth of his son. Therefore, recognizing the complexity of this phenomenon, this study aimed to understand the meanings produced by mothers and fathers about their participation in the birth of their children. Eight couples dwelling in the city of Uberlandia (MG) were interviewed. Two researches were taken. Semi-structured individual interviews were conducted, one before delivery and another after it. The analysis was based on a qualitative perspective, social constructionist nature, research of the construction process of meanings from a thematic analysis, being organized into four categories: 1) Expectations for delivery; 2) the expectations to the reality experienced in childbirth; 3) Post-partum period and 4) Obstetric Violence. Regarding expectations for childbirth, parents showed a sense of unknown anything of they were about to face ahead, and bring out your insecurities, fears, anxieties, hopes and belief that all would be well. As the experiences in childbirth were been taken, It was predominantly marked by disrespect and violence to the parents and baby, taken by the health professionals who attended them. Mom and her baby taken as ownership of the institution and mostly seen as subjects, both, mom and baby, lacked of subjectivity and rights. As the post-partum arrive, a difficult adaptation and professional helplessness was observed for most couples, struggling to cope with basic needs of the baby, such as exclusive breastfeeding. Finally, on the whole experience of mothers and fathers in the care of pregnancy and childbirth, it was apparent intersections of violence as a mark of attention to obstetric and neonatal health, it is necessary to alert the public and health authorities for urgent measures to change this situation. However, it was noted the need for a critique that goes beyond the normative and cultural discourses that suggest a mismatch between the health system and its obstetric care and the current scientific evidence and public policy. It is also necessary to question the lack of supervision to the already existing laws, besides the lack of pregnant women and their families about their rights. Thus, the debate deepens, establishing itself on the lack of opportunity for informed choices and the limited presence of qualified information for pregnant women and their families. In addition to providing information to women, professionals need to take an approach of posture, care, respect and commitment to the most recent scientific evidence, in order to assist in overcoming taboos related to maternal and child care.

Keywords: Childbirth; humanized birth, Maternity, Paternity; Violence.

SUMÁRIO

1.	Apresentação.....	09
2.	Introdução.....	13
2.1.	Construção do processo de cuidar na hora do parto: breve histórico.....	15
2.2.	Atual contexto obstétrico brasileiro.....	25
2.2.1.	Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento.....	28
2.2.2.	Recomendações do Ministério da Saúde e desafios na implantação da política.....	31
2.3.	Relação mãe-pai-bebê na hora do parto.....	39
3.	Justificativa.....	47
4.	Objetivos.....	48
4.1.	Geral.....	48
4.2.	Específicos.....	48
5.	Metodologia.....	49
5.1.	Participantes da pesquisa.....	49
5.1.1.	A escolha dos participantes da pesquisa.....	49
5.1.2.	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	50
5.2.	Procedimentos de construção e análise do corpus da pesquisa.....	52
6.	Resultados e Discussão.....	55
6.1.	Expectativas para o parto.....	55
6.1.1.	Expectativas gerais da hora do parto.....	56
6.1.2.	Escolha do tipo de parto.....	63
6.1.3.	Expectativas quanto ao acompanhante na hora do parto.....	83
6.1.4.	Expectativas quanto ao primeiro encontro com o bebê	89
6.2.	Das expectativas à realidade vivida no parto.....	90
6.2.1.	Momentos antes do parto.....	90
6.2.2.	Tipo de parto vivenciado.....	100
6.2.3.	Presença do acompanhante durante o parto: desafios e sentidos.....	117
6.2.4.	Relação mãe, pai e bebê na hora do parto: primeiro (des) encontro.....	134
6.3.	Pós-parto imediato.....	147
6.3.1.	Relação mãe, pai e bebê momentos após o parto.....	147
6.3.1.1.	Desafios da Amamentação.....	155
6.3.2.	Vivência da maternidade e paternidade: olhares além do hospital.....	164
6.4.	Violência Obstétrica.....	169
7.	Considerações finais.....	192
7.1.	Produção de sentidos e as possibilidades de participação de pais e mães no nascimento de seus filhos.....	192
7.2.	Resgate do caminho percorrido: pesquisa e pesquisadora.....	194
7.3.	Implicações do estudo para as práticas profissionais e para as políticas públicas....	196
8.	Referências.....	199
	Apêndice único	220
	Anexos.....	224

1. APRESENTAÇÃO

Para iniciar a apresentação dessa pesquisa, começo relatando algumas peculiaridades da minha trajetória pessoal e profissional que levaram ao estudo da temática abordada. Minha história na área da saúde iniciou em 2009 quando ingressei no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Diante as possibilidades de atuação de um profissional de Enfermagem, me identifiquei por aqueles referentes à saúde da mulher, principalmente relacionadas a obstetrícia, o que me levou a passar os últimos meses da faculdade aprendendo mais em estágios, inclusive extracurriculares em Unidades Básica de Saúde (com o atendimento focado na saúde da mulher e pré-natais) e na maternidade e centro obstétrico do Hospital de clínicas.

Deparei-me diante de uma prática obstétrica “fria”, “mecanizada” e generalizada, me deixando um pouco frustrada, uma vez que em cada atendimento pré-natal e a cada nascimento que eu presenciava, sentia uma “coisa gostosa” dentro de mim, parecia um misto de sensações boas, uma alegria inexplicável, mas percebia que as equipes não compartilhavam do mesmo sentimento que eu, vivendo tudo aquilo como algo comum e rotineiro. Percebia que cada instrução, cada acolhimento e pequenos gestos feitos por mim faziam com que as mães e familiares ali presentes ficassem agradecidos, como se mais ninguém os recebessem da mesma forma. Isso me inquietava e me incomodava profundamente. Eu sinceramente acolhia cada paciente ali como eu gostaria de ser acolhida quando estivesse grávida, o que sempre foi um sonho para mim e para meu esposo.

A partir disso comecei a buscar informações, ler materiais científicos e descobri o “movimento” pela humanização do cuidado, em especial na obstetrícia. Foquei meu trabalho de conclusão de curso para a área, de forma a alertar a necessidade de uma assistência qualificada direcionada a mães, pais e familiares que passam pelo processo de gestação. Fiquei encantada

pelo discurso humanizado e pelas políticas que já estavam em vigor no Brasil, mas também fiquei chocada e entristecida por não ser algo comum e normal. O sentido da “humanização” deveria ser rotina nos atendimentos, nas relações entre pessoas, no dia a dia de todos os humanos, independente de leis. Mas não, a verdade é que não é. Infelizmente tiveram que criar um nome para chamar a atenção de todos quanto a necessidade de olhar o próximo como você gostaria de ser olhado. Mas tive esperanças, por saber que ainda existem pessoas dispostas a transformar essa realidade, que seja dando nomes como “humanizado”, mas o importante é que estavam se ajuntando e lutando para sermos vistos como humanos, dotados não só de corpo físico, mas de emoções, sentimentos, experiências e outros mais.

Enfim, conclui a graduação em 2013 com uma vontade de “mudar o mundo” obstétrico e encontrei no mestrado a possibilidade de abranger meus estudos e pesquisas voltadas para a temática. E em meio a um misto de sentimentos, com a alegria prevalecendo, descobri que estava grávida, durante o processo de seleção para o mesmo.

Fui aprovada e no início de 2014 iniciei meus estudos como mestranda e pesquisadora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) na linha de pesquisa Psicologia da Saúde. Com o intuito de conciliar minha afinidade com as particularidades relacionadas à obstetrícia a qual eu queria explorar e o tipo de abordagem desenvolvida pelo meu orientador, construí a proposta do presente estudo.

Após finalizar a escrita do projeto de pesquisa, vivenciei o meu parto da forma como acreditava: domiciliar, natural, sem intervenções, me sentindo segura e acolhida por profissionais competentes, com a presença do meu esposo ao meu lado em todo o processo. Mas para conseguir viver tudo o que acreditava e defendia no projeto escrito foram muitos os desafios que precisei enfrentar. Primeiramente, encontrar profissionais que acreditassem na humanização do nascimento assim como eu, e para minha surpresa, apenas 2 médicas obstetras abraçavam sonhos como o meu. Segundo, foi lidar com os custos financeiros que essa escolha exigia, uma vez que

o convênio não cobria esse tipo de assistência e pela experiência dos estágios a qual realizei, excluía a possibilidade de ir para as instituições públicas. Terceiro foi lidar com os palpites de toda sociedade (amigos, inclusive profissionais de saúde e familiares), além das histórias trágicas que me relatavam de partos normais mal sucedidos. Mas eu sabia que por detrás desses desfechos negativos em cada história contada, estava uma má assistência de saúde prestada, medicalizada e carregada de intervenções desnecessárias. Assim, após conseguir transpor todas as barreiras em busca do meu ideal e conseguir chegar na vivência de tudo o que eu queria, sonhava e acreditava, me senti privilegiada e cheia de energia e forças para continuar a luta por uma assistência de respeito, cuidado e amor para todas.

Assim, com a sensibilidade de enxergar esse processo do nascimento de forma holística, foi que aconteceu a tentativa de um diálogo entre Enfermagem e Psicologia, pensando na humanização do cuidado, que deveria ser a principal ferramenta do trabalho de todos os profissionais de saúde. Nesse contexto, meu encontro com a perspectiva construcionista social se deu durante o mestrado, apresentada por meu orientador, e assim no meio de um mundo novo de leituras e modos de compreensão de si e do mundo, encontrei um modo de compreender os sujeitos envolvidos no processo do nascimento, principalmente pais e mães, de forma a considerar os diferentes contextos a qual se inserem.

Diante disso, surgiu o interesse em ouvir as pessoas que vivenciam a experiência do nascimento, em especial pais e mães, pensando como descrevem a si, suas realidades e o nascimento de seus filhos. Tendo como base os princípios do construcionismo social, buscamos por uma crítica reflexiva acerca do assunto, entendendo o nascimento de um novo ser como um processo de aprendizagem em construção, desconstruindo os paradigmas da tecnocracia na assistência.

Assim, nesse primeiro capítulo de apresentação faço uma breve contextualização acerca de minha jornada acadêmica e pessoal, dando destaque para a população gestante e seus

familiares como os meus principais grupos de interesse, estudo e atuação. Além disso, relato como a intenção de estudar o tema foi sendo construída ao longo da minha jornada, me conduzindo até a presente pesquisa.

Trago no segundo capítulo o resgate histórico sobre a forma de cuidado durante o processo do nascimento, descrevo sobre contexto brasileiro atual da assistência a esse público e apresento políticas já implantadas no Brasil, assim como os desafios para sua implementação. Por fim, busco na literatura estudos sobre a relação estabelecida entre mãe, pai e bebê durante o parto, a fim de compreender o processo do nascimento a partir dessa relação e os sentidos atribuídos a esse momento tanto para a ciência quanto para os próprios pais.

No terceiro capítulo, discuto sobre “a vivência do processo de nascimento: sentidos para pais e mães”, como inspiração maior para produção do estudo. Justifico a relevância do estudo e destaco a necessidade de uma nova perspectiva para discutir a temática, a fim de focar nos sujeitos envolvidos juntamente com a barganha histórica, social, emocional, entre outros que estes trazem consigo.

No quarto capítulo, apresento os objetivos do estudo e sigo no capítulo cinco, apresentando os caminhos metodológicos do trabalho, contexto dos participantes, referencial teórico qualitativo de cunho construcionista social, assim como os passos de construção e análise do corpus da pesquisa. Apresento também os aspectos éticos envolvidos nesse processo de investigação.

No capítulo seis, trago a análise das entrevistas realizadas, com seleção de trechos que se mostraram relevantes para ilustrar e basear a discussão acerca da vivência do processo do nascimento e os sentidos desse percurso para pais e mães. E por fim, no capítulo sete, exponho as considerações finais referentes ao processo de desenvolvimento do estudo, com uma última reflexão sobre os “Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos” e as implicações do trabalho para a prática profissional.

2. INTRODUÇÃO

O parto representa um ponto significativo no processo da maternidade, sendo mais que um ato fisiológico, um evento construído e desenvolvido num contexto social e cultural (Brasil, 2001). Ao longo da história, o nascimento se distanciou do ambiente familiar, tornando-se um processo forçado, complexo e desumano. Atualmente, pais e mães estão sentindo-se cada vez mais incompetentes, o que é evidenciado pela atitude de apropriação do parto por vários profissionais obstétricos, privando da mulher as confianças na sua capacidade de dar à luz e do homem o direito de participar do nascimento de seu filho (Espírito santo & Bonilla, 2000; Griboski & Guilhem, 2006).

Os avanços tecnológicos da nossa época mostram incoerência com as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assim como a penalização da mulher e sua família ao ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto (Abouzahr & Wardlaw, 2001; Goodburn & Campbell, 2001; Dias & Domingues, 2005). Como reação ao uso irracional de tecnologia no parto, iniciou-se um movimento internacional e nacional, com a participação de profissionais da saúde, das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos, pela valorização das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento, movimento este chamado de humanização do parto (Diniz, 2005).

No Brasil, o modelo de atenção ao parto hegemônico também é questionado por profissionais e movimentos sociais, que se baseiam nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (Tornquist, 2003). Tais recomendações são subscritas por organizações civis, como por exemplo, a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que sintetizam um conjunto de pesquisas sobre parto no mundo inteiro e fazem um importante crítica à excessiva medicalização do parto, orientado pelo modelo tecnocrático da assistência (Diniz, 2001).

No ano 2000 foi instituído no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria do Gabinete Ministerial n.º 569, do Ministério da Saúde, com foco na mulher e no resgate de sua dignidade durante o processo parturitivo. O documento faz uma crítica aos procedimentos que levam à despersonalização da mulher, à realização de operações cesáreas desnecessárias e incentiva o processo de parto ativo, com a priorização do parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas.

O alvo principal é a redução da morbimortalidade materna e neonatal, que segundo a OMS ainda se apresentam muito elevadas no Brasil, caracterizando um problema social de grande relevância, tendo em vista que as mortes maternas são evitáveis em cerca de 92% dos casos. As causas da mortalidade perinatal estão relacionadas dentre outras coisas à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, no parto e ao recém-nascido. A gravidade do problema é vista pelo fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade e não deve, portanto, ser considerada como doença (Brasil, 2011a).

Outro aspecto a considerar é que melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil estão entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), definidos na Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000. Inclui-se entre as metas para atingir esses objetivos reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a razão de mortalidade materna e em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos. Contudo, as metas propostas não foram totalmente alcançadas, apesar de serem observados avanços relevantes. O desempenho do Brasil na redução da mortalidade materna foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina, embora o país ainda enfrente grandes desafios para alcançar a meta. De 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Em 2011, cerca de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais. Quanto à mortalidade na infância, segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM 2013, o Brasil já

alcançou a meta, estando à frente de muitos países. Um dos indicadores da meta é a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos: a taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. O Brasil também já atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de 1 ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada.

Assim, tendo em vista as inúmeras transformações que ocorreram ao longo da história faz-se necessária uma reflexão para que se possa apreender as formas como foi construído o processo de cuidar no momento do parto, podendo assim compreender melhor seus sentidos e implicações. Assim, temos que a maneira como os partos são conduzidos e vividos nos dias de hoje constitui um problema a ser resolvido na sociedade e para entender como o problema se construiu é preciso fazer um resgate histórico de como foi o cuidado com o parto.

2.1. Construção do processo de cuidar na hora do parto: breve histórico

Na antiguidade, já era reconhecida na bíblia, no livro de Êxodo, a atividade de parteiras. Relatos afirmam que as parteiras deveriam ser higiênicas, honestas, sem vícios, idôneas, possuir destreza manual e conhecer rituais ligados ao nascimento. Estas trabalharam muito, desde o princípio da civilização, sem uma remuneração concreta, sem horário marcado e, às vezes, até sem preparação para tal função. Nesse período, o parto era visto como um momento de integração entre seres humanos, principalmente entre mulheres, tendo o poder de agrupar mulheres, vizinhas, amigas e parentes próximas em volta da parturiente, criando profundas amizades, crenças acompanhadas de um universo simbólico, além de invocações aos mais diversos santos. (Neves, 2002)

Segundo Helman (2003), grande parte do conhecimento das parteiras era adquirido por meio da própria experiência de gravidez e parto. Sabe-se ainda que no contexto sociocultural da

época, em função dos decretos religiosos, a presença masculina no cenário do nascimento era proibida, sendo uma função restrita a mulheres.

Durante a Idade Média (Séculos V a XV), uma característica marcante foi a deterioração do status das mulheres sob o cristianismo, coerente com o pessimismo sexual herdado de correntes pagãs. Nessa perspectiva, a sexualidade e a reprodução são tidas como penas a serem pagas pela humanidade pelo pecado original. Assim, tem-se relatos que o parto estava exclusivamente de posse das parteiras, mas pelo caráter repressivo sobre as cenas de parto pela igreja, não se tem explícito o que de fato estas mulheres faziam.

No final da Idade Média, a experiência do nascimento já se tornava mais clara, tendo relatos de seus acontecimentos em ambientes domiciliares, ainda sob o cuidado de parteiras, que na sua maioria pertenciam aos setores populares. Nesse período o nascimento era considerado um processo fisiológico, natural e se tratava em sua totalidade na função da figura feminina. As parteiras até então assistiam não só os partos, mas cuidavam também de todo processo de gestação e puerpério, assim como nos cuidados com o recém-nascido. Estas mulheres eram de inteira confiança das mulheres e eram consultadas sobre temas diversos, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, assim como práticas de aborto (Cecagno & Almeida, 2004).

Maldonado (2002) lembra que neste período, os homens do campo que atendiam o parto de animais também auxiliavam o nascimento de crianças quando necessário, porém os homens da cidade (artesãos, comerciantes e escrivães) nada sabiam fazer no momento do nascimento. A mãe da parturiente nessa fase era fundamental.

Na Idade Moderna (Séculos XV a XVIII), o cirurgião começa a aparecer neste cenário. Conforme Foucault (1979), até o século XVI, na Europa, a noção de cirurgia era tarefa de homens insensíveis e grosseiros, e por isso a obstetrícia ainda era deixada a cargo das mulheres. Somente em casos mais graves recorria-se ao cirurgião ou ao médico. Rohden (2001), relata em

seu estudo a existência de uma formação breve para parteiras nesse período. Estas deveriam submeter-se a um exame para obtenção da carta que regularizava a profissão.

Vários autores (Pires, 1989; Osava, 1997; Ehrenreich & English, 2007) relatam um período na história denominado de caça às bruxas (entre os anos de 1563 a 1727), em que houve a execução de milhares de pessoas na Europa Ocidental, sendo a maioria mulheres tidas como curandeiras. Após análise de registros, vários autores justificaram tal prática como a exclusão das mulheres da prática curativa, uma vez que era uma tradição antiga entre as mulheres sábias (curandeiras, parteiras e herboristas). Assim, concluíram que a caça às bruxas fez parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura de doenças e legitimá-lo como saber médico através das universidades criadas no Renascimento.

Gradativamente, o parto deixa de ser um “assunto de mulheres”, e passa a ser uma atribuição médica, cada vez mais complexa. A cadeira obstétrica, popularmente utilizada até então, deixou de ser carregada para a casa da parturiente e passou a ser utilizada apenas pela nobreza, pois integrava o enxoval da noiva. Eram ricamente esculpidas e forradas de veludo. Com a introdução da mesa de parto, das argolas e das correias, a mulher passa a dar à luz a seu bebê, deitada. A posição de decúbito dorsal começa a ser utilizada para facilitar o trabalho médico e a utilização de seus instrumentos. Posteriormente, surgem os refletores. O pai, pouco presente até então, é cada vez mais excluído deste processo (Maldonado, 2002).

Assim, a medicina passou a ser uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica, se tornando uma atividade reservada aos homens. Visto que a caça às bruxas não conseguiu acabar com todas as parteiras e curandeiras, a consequência que deixou foi a transformação de sua prática em atividade suspeita, de modo que passaram a ser vistas como uma ameaça ao monopólio do saber médico (Vieira, 2008).

No Brasil, registram-se denominações de Curiosa, Comadre, Leiga, Domiciliar, Aparadeira, Capoteira, Habilidosa, Entendida e Assistente, para as chamadas de parteiras até

então. As crenças relacionadas principalmente à gestação e ao parto foi acompanhando a evolução tecnológica na área da saúde e o parto passou de uma atividade empírica, realizada por pessoas leigas, a uma prática institucional, realizada dentro dos hospitais pelos médicos.

Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa, se estendendo ao Brasil já na fase Contemporânea, ao inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. A introdução da medicina neste contexto inaugurou a experimentação clínica com o discurso anatomopatológico, produzindo um discurso a partir da penetração da figura masculina no saber e prática obstétrica. Desde o momento da sua constituição, esta arte centra seus estudos no parto (posteriormente sobre a gravidez) dentro do enfoque biológico, por forte influência da anatomia patológica.

A medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulado-a Arte Obstétrica e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados. O discurso dessa época permitia ainda a interrupção da gravidez, pelo parteiro (ou médico-parteiro) desde que algum sinal anatômico indicasse risco de vida para a mulher. Este deu-se com as práticas populares das curiosas e com a medicina dos estudiosos, não sem antes criticar e experimentar (em particular a prática das curiosas), sendo a prática obstétrica do período resultado da fusão desses diferentes saberes. Os métodos abortivos aplicados na época eram utilizados pelas curiosas e foram por fim denominados de primeira classe (Brenes, 1991).

A partir da última metade do século XIX, as parteiras foram aos poucos sendo incorporadas ao sistema médico, mesmo havendo oposição por alguns destes profissionais, cabendo a elas, porém, a execução do parto normal. Em 1832, no Brasil, foi criado um curso de partos para as parteiras, a fim de que aprendessem, de acordo com os preceitos da ciência, a maneira correta de atender as mulheres no momento do parto e dispensar os primeiros cuidados com a criança. Propagou-se, então, a ideia das parteiras com certificado concedido pelos médicos. Mais qualificadas, tornaram-se legítimas e requisitadas pelas famílias mais poderosas.

Nesta época, desembarcam no Rio de Janeiro, parteiras francesas formadas, com novas técnicas e prescrições. Estas argumentavam a necessidade de crescimento demográfico em todo o território brasileiro, a fim de que se desenvolvesse como outras muitas nações mais favorecidas, assim, propuseram uma vigilância e controle sobre a mulher grávida, no parto. Como objetivos tinham o aumento populacional e o registro civil do recém-nascido, independentemente da raça da parturiente (Brenes, 2008).

Em 1858, vem a ideia de que o aborto poderia colocar em risco a vida a mulher pelas técnicas usadas para a prática do mesmo, devendo assim serem condenadas, assim como a cesariana, que passou a ser um crime porque quase sempre era fatal para a mulher. Contudo, o aborto, continuava a ser praticado em alguns casos específicos e mesmo antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, a obstetrícia proclama a sua exclusividade desde 1840. Neste período, percebeu-se também o deslocamento do seu olhar para questões tais como sexualidade, higiene e moral feminina. (Coutinho como citado em Brenes, 1991)

Por volta de 1978, tendo em vista o fortalecimento da medicina nesta área, passou-se a atribuir às parteiras a frequente infecção puerperal justificando-a com a falta de higiene e assepsia. Dessa forma, a medicina vai tomando a frente do gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Aos poucos, vão surgindo as especializações e as práticas relativas ao manejo do corpo feminino.

No final do século XIX, surgem, no RJ, as primeiras maternidades. Simões (2003) afirma que as parteiras diplomadas foram convidadas a trabalhar sob o controle absoluto dos médicos. Para Helmam (2003) a institucionalização do parto nos hospitais começou a partir de 1930, quando o índice de partos hospitalares superou o de partos domiciliares, tornando-se um ato quase que exclusivamente médico, além de medicalizado. Consequentemente, a mulher deixa de ser sujeito da ação para tornar-se objeto. Além disso, a internação hospitalar favorecia a

separação da gestante de sua família, despojando a mulher de suas referências e torna-a uma propriedade da instituição (Simões, 2003).

Contudo, nas escolas médicas do Brasil havia uma reclamação rotineira dos professores e alunos que era a falta de prática durante o curso, principalmente na área de obstetrícia. Com o objetivo de trazer o corpo feminino a clínica, consultórios e hospital, os médicos procuravam construir uma imagem que conquistasse a confiança da população, porém, as mulheres se mantinham receosas a presença do obstetra. Dessa forma, o discurso médico cria uma abordagem diferente para alcançar a população feminina do Brasil, no século XIX. Forjaram para a mulher uma nova subjetividade, garantindo a elas um novo papel na sociedade, traçando a estas uma nova configuração dentro do lar, da família, e fazendo-as sentir mais ativas do que a mulher da sociedade patriarcal da colônia.

Segundo Brenes (1991), o alicerce do discurso que orientou a mulher do século XIX foi a sexualidade feminina, uma vez que dita a mulher uma condição frágil e inconstante, a quem apenas os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Foi daí que surgiram tipologias de mulheres no imaginário social, como exemplos a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as histéricas, as mundanas, entre outras. Assim, a mulher criada no século XIX, destacava-se pela sua constituição frágil e vulnerável, sendo criadas para ser esposas e mães. Com este discurso, os médicos não se limitavam a afirmações gerais, mas exploravam aspectos psicológicos das mulheres e tinham uma forma de abordar que garantia o rigor científico e a posse da verdade.

A mulher até então não tinha o tratamento das moléstias que a acometiam, mas com o novo discurso médico dava-se nome as patologias, apresentavam-lhes as suas características e também o tratamento apropriado. Como exemplo, descreveram o processo menstrual e o apresentavam como possível fator de nervosismo exagerado e modificações do humor. Dessa

forma as mulheres foram adquirindo confiança na figura médica, acreditando que estes a entenderiam, e que poderiam levar a eles seus problemas e confidências.

Segundo Brenes (1991) as mulheres foram aos poucos atendendo ao chamado médico, passando a ir até a clínica quando estavam em num momento de grande necessidade, desconsiderando, porém, a continuidade do tratamento. Isto, porém, dificultou o trabalho médico, pois a eles interessava a permanência das mulheres na clínica para observação, testes, e especialmente na maternidade, em que os médicos e estudantes precisavam delas pois seria o único meio de adquirirem a prática na difícil arte de partos.

Ao verem a não-correspondência das mulheres aos seus apelos, conseguiram o apoio do governo no que diz respeito aos processos de internação, controle e cadastramento nas clínicas existentes na época. O argumento médico utilizado para o governo tomar iniciativas foram: com o aumento das parturientes, também aconteceria o aumento da população, tornaria possível o conhecimento dos nascimentos e evitaria os infanticídios que aconteciam em grande número no Rio de Janeiro. Assim, deveriam obrigar toda e qualquer mulher rica ou pobre que tiver parido a levar ou mandar levar o recém-nascido para apresenta-lo em casa do subdelegado do distrito; sendo este um empregado próprio do governo, encarregado de apresentar a criança com o registro em um livro apropriado com dia e hora do nascimento da mesma, bem como o nome que se lhe deu ou o que se lhe deseja dar, o sexo, os defeitos, etc., etc.; escreverá o nome da mãe, do pai (se for declarável), a sua morada, o estado em que vivem, a profissão e outros dados pertinentes. Depois deste ato dará um bilhete declarando ter sido apresentada.

Diante dessa exigência, a mulher pobre, para livrar-se de todos estes incômodos com facilidade, passou a preferir parir no hospital do que em casa, e as pessoas que acolhiam facilmente uma mulher em trabalho de parto deixaram de fazê-lo para se livrar das exigências da lei (Brenes, 1991).

Contudo, até o final do século XIX, os partos ainda eram assistidos, em sua grande maioria, por parteiras e obstetrizes, e ocorriam nos domicílios, uma vez que as maternidades não constituíam um lugar seguro para as mulheres darem à luz. Até mesmo em outros países, como a Inglaterra, no ano de 1878, estimou-se que as mulheres tinham ampliadas em seis vezes as suas chances de morrer ao darem entrada nas maternidades, devida a infecção puerperal (Tanaka, 1995).

Diante disso era notório o deficiente ensino da prática médica obstétrica brasileira do século XIX, sendo tais deficiências arrastadas para o século XX, sentidas na formação dos estudos médicos ainda nos dias de hoje. Assim, no século XX e XXI, o destaque está nas mortes maternas e neonatais, que chegam a aproximadamente 287 mil mulheres mortas no mundo inteiro, todos os anos, devido a complicações relacionadas à maternidade, configurando uma crise na saúde materna e infantil (Who, 2012).

Em 1979 foi criado o Comitê Europeu para estudar intervenções a fim de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente, dando destaque para problemas que persistem ainda nos dias de hoje, dentre eles: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a uma diversidade geográfica de opiniões. Por meio desse, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, apoiados pela OMS. Com isso, foi iniciada uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências (Diniz, 2005).

A medicina baseada em evidências é um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 e em poucos anos se estendeu ao mundo inteiro. Nasce do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade

sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros (Diniz & Duarte, 2004).

Notou-se que a medicina se baseia em muitos tipos de pesquisas tendenciosas que favorecem práticas desnecessárias, arriscadas ou danosas. Diante disso foi organizada uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico a respeito de cada procedimento médico, por especialidade. Essa iniciativa foi denominada Colaboração Cochrane, em homenagem ao médico britânico Archie Cochrane, que além de ser um dos criadores da medicina baseada em evidências, foi um grande defensor dos direitos dos pacientes (Diniz & Duarte, 2004).

Historicamente, no Brasil, a discussão sobre a humanização do parto e nascimento ganhou grande representatividade quando, em 1985, em Fortaleza/CE, representantes e convidados da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) realizaram uma conferência sobre tecnologias apropriadas para o parto, resultando desse encontro a Carta de Fortaleza que descrevia recomendações baseadas na humanização do atendimento ao parto e nascimento (Oreano et al., 2014). Dando prosseguimento a esse debate, em 1989, o Grupo da Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto, com um número mais elevado de integrantes, publicou uma revisão dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela OMS em 1996, sendo desde então conhecida como as recomendações da OMS (Diniz, 2005).

Essas recomendações foram classificadas de acordo com as práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. São elas: Categoria A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas); categoria B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas); categoria C

(práticas em relação as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão) e categoria D (práticas frequentemente usadas de modo inadequado).

No geral, temos como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, segundo a OMS: o plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família; a avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto, e ao longo deste último; monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; o respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações; fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante, o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; o apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; o fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; o uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis, durante todo o trabalho de parto e parto; o uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da placenta; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto. Tem-se ainda o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; o monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo por meio do uso do partograma da OMS; a administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm

perigo em consequência da perda de é uma pequena quantidade de sangue; condições estéreis ao cortar o cordão; prevenção da hipotermia do bebê; contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto e exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas tem-se o uso rotineiro de enema e de tricotomia; infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto, cateterização venosa profilática de rotina; uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; exame retal; uso de pelvimetria por Raios-X; administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos. Tem-se também o uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto; esforço de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto; massagem e distensão do períneo durante o 2º estágio do trabalho de parto; uso de comprimidos orais de ergometrina no 3º estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias; uso rotineiro de ergometrina parenteral no 3º estágio do trabalho de parto; lavagem uterina rotineira após o parto e revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

2.2. Atual contexto obstétrico brasileiro

Victora et al. (2011) afirma que no Brasil, houve redução nas razões de óbitos maternos e grande ampliação do acesso aos serviços de saúde, contudo, os indicadores de mortalidade materna e neonatal ainda estão distantes do considerado aceitável e desejável. Assim os desafios hoje encontrados estão nas mortes maternas causadas por abortos inseguros, e alta frequência de cesarianas e medicalização abusiva no processo de parto e de nascimento que se tornou uma

tendência crescente, revelada pelo seu alcance na cultura e nas práticas cotidianas dos indivíduos.

Contudo, grande parte das mortes maternas e neonatais podem ser evitáveis por ações dos serviços de saúde, como a atenção ao pré-natal, ao parto e nascimento. Porém, o fato de a assistência ao parto no Brasil ser fundamentalmente institucionalizada, tendo um aumento de saberes, maior acesso à tecnologia, equipamentos biomédicos, e a grande presença de profissionais especializados, não garantem a mudança no quadro de mortalidade materna e neonatal, o que é considerado uma contradição. Este paradoxo mostra o atual modelo tecnocrático e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, sendo o processo do parto e do nascimento percebido como um processo patológico (Pasche, Vilela & Martins, 2010; Diniz, 2009).

O modelo de atenção ao parto “normal” é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, sendo também conhecido e nomeado de “parto normal hospitalar”. Assim, ainda que os avanços científicos e tecnológicos adotados pelo hospital apresentem condições de prevenir morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco, a contradição está no fato de que as complicações não diminuem e, na maioria, são causadas por esse avanço, com a generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos (Sodré & Lacerda, 2007; Rabelo & Oliveira, 2010).

Essa prática subordina a mulher a rotinas duras e normas rígidas, não respeitando o seu corpo e o seu ritmo natural, impedindo-a de exercer seu protagonismo, tornando-a frágil e submissa diante de uma situação que a fragiliza, descaracteriza e violenta. Além disso tem-se a negligência na avaliação crítica de cada caso, e a não realização de práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma. Assim, o momento do parto e do nascimento passa a ser visto como medonho, com a ameaça de riscos, de dor, de sofrimento e de morte, e a cesariana se torna uma possibilidade de escape e proteção da

integridade, uma vez que o parto normal passou a ser visto como um processo humilhante. (Pasche, Vilela & Martins, 2010; Brasil, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a taxa de cesariana não deve ultrapassar 15%, sendo utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto. No Brasil, a alta prevalência de cesáreas não tem sua causa explícita, mas é associada a fatores socioeconômicos e culturais, desencadeado pelo discutível fenômeno descrito por “cultura da cesariana”. O favoritismo das mulheres pelo parto cesáreo, que hoje supera a taxa de 90% dos partos realizados no Brasil, parece induzido pela conduta intervencionista do médico, acreditando que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia utilizada no parto operatório (Leal et al., 2009).

Assim, o modelo de assistência obstétrica e neonatal atualmente validado na maioria dos países ocidentais, inclusive no Brasil, caracteriza-se por encarar a saúde e o nascimento como um problema, considerando que todas as gestações são potencialmente patológicas. O corpo da mulher é visto como uma máquina complexa e imperfeita que precisa de outras máquinas para torna-lo mais eficiente. A mulher também é tida como incapaz de entender os meios médicos e científicos, ficando de fora das decisões. Em consequência, várias tecnologias sofisticadas são utilizadas sem a devida avaliação da sua real necessidade, eficácia e segurança. Desse modo, a hegemonia do modelo biomédico sem críticas, principalmente em hospitais, que são instituições reservadas às mudanças e às inovações, em especial na gestão (modos de organização e circulação do poder), tendem a fracassar as tentativas de mudanças (Pasche, Vilela & Martins, 2010).

Em 1988 transforma-se em constituição, os princípios e diretrizes para o SUS: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social, que devem estar presentes na efetivação de um novo modelo obstétrico e neonatal, de modo a se produzir cuidados integrais de saúde voltadas para as necessidades de mulheres e

crianças, garantindo-lhes um parto e nascimento seguros e humanizados, além da construção e sustentação de redes perinatais. Desse modo, a saúde passa a ser vista como uma solução e não mais como um problema e tem profundas implicações para a sociedade como um todo, sendo a concepção do nascimento vista como um evento biopsicossocial. O modelo social, neste contexto, busca o controle do uso de tecnologias duras, estimulando práticas simples, baratas, que possam ser utilizadas em nível ambulatorial ou domiciliar, sendo preferencialmente não invasivos.

2.2.1 Política nacional de humanização do Parto e Nascimento

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH), com uma preocupação quanto a ações entendidas como desumanizadoras, que se faziam incoerentes com o direito à saúde de todos e com a garantia de acesso universal e equitativo a ações integrais em saúde. Na tentativa de produzir orientações gerais para uma política que se engajasse com a tarefa de produzir modificações de práticas de saúde e qualificar atenção e gestão no SUS, a PNH realiza uma cartografia de experiências do “SUS que dá certo” e para isso, se leva em consideração experiências produzidas por todo território brasileiro, permitindo a construção do seu método, seus princípios, suas diretrizes e dispositivos (Brasil, 2008c). Sendo assim, a PNH se constitui a partir do seu documento base, não possuindo portarias que regulamentem ou normatizem a política, porém, seu caráter transversal permite que tais princípios, diretrizes e dispositivos se encontrem presentes nas legislações das demais políticas, áreas técnicas e departamentos.

A PNH une ideias da integralidade como “dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (Guizard & Pinheiro, 2004, p.

21). Assim, a humanização produz-se então como um movimento institucional, político e ético, comprometido com a tarefa de fazer válida a aposta no SUS, por meio da participação dos sujeitos com seu próprio processo de construção. Dessa forma, estratégias são articuladas, promovendo e agenciando experiências de apoio no SUS e como uma das ações organizadas e coordenadas pela PNH tem-se a experiência de apoio institucional voltada para a humanização do parto e do nascimento, experimentada no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM), que serviu de incentivo para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha – RC (Brasil, 2014).

Com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o “Plano de Qualificação” foi ação organizada e coordenada pela PNH e pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por intermédio das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. A meta do plano era de qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais em 16 estados da Amazônia Legal e do Nordeste durante os anos de 2009 (ano de formulação e pactuação do Plano), 2010 e 2011 (anos de execução).

A Rede Cegonha (RC) e a portaria nº 1.459, de 24 de junho, foram lançadas em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS. A RC busca criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das(dos) usuárias(os) e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna, com incentivos

técnicos e com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal (Brasil, 2012b).

A RC agrega diretrizes de humanização, tais como: Acolhimento em Rede e com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência, defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até 2 anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira, implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Desse modo, o foco central da PNH, com o PQM e a RC, foi de analisar e intervir em práticas de saúde “inumanas” para mudar o modelo de atenção e de gestão do parto e do nascimento e, assim, dar lugar a uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil que transformasse uma racionalidade e um cenário de (des) cuidado naturalizado (Brasil, 2014).

Nesse cenário, são várias as tendências, tais como: as mulheres transitam entre os serviços de saúde, não tendo diálogo da assistência ao pré-natal oferecido pela Atenção Básica com a assistência ao parto que acontece na maternidade; a mulher pari em uma maternidade a qual nunca visitou e com uma equipe de saúde com a qual não tem vínculo; processos de trabalho estabelecidos de modo hierarquizado com uma comunicação verticalizada; a mulher e sua família são afastados do protagonismo na produção do cuidado; a gravidez é vista como doença e a mulher grávida como doente; sujeita no pré-natal, no parto e no pós-parto a intervenções e decisões da equipe de saúde sobre seu corpo e seu modo de cuidar de si e do bebê, entre outras.

Tem-se ainda a naturalização de algumas concepções que tendem a acompanhar a atenção materna produzida como moral de gênero que traz como exemplos: a não permissão de homens como acompanhantes, com a justificativa de tirar a privacidade das outras parturientes e, com a alegação de ambiência inadequada, encerra-se a discussão, privando de muitos pais o direito de

ver o nascimento de seus filhos. Tem-se ainda o excesso de intervenções, exigidas sem negociação sob o corpo da mulher grávida e sob o corpo do bebê, além de abordagens e falas desrespeitosas emitidas por profissionais que atendem as gestantes em trabalho de parto (Brasil, 2014).

Tendo em vista esta realidade se inicia a função de apoio institucional, com intuito de interferir onde se fazem as práticas de saúde, analisando, intervindo e mudando o cotidiano dos processos de trabalho em saúde materna e infantil, na tentativa de fazer se exercer o direito à saúde, garantido em constituição. Assim, um movimento coletivo foi produzido com o Ministério da Saúde em articulação entre Áreas Técnicas e Políticas, envolvendo gestores estaduais, municipais e, inclusive, gestores das maternidades apoiadas, e ainda com usuárias e suas famílias, afluindo discussões e ampliando o debate sobre vários assuntos que visam a produção cotidiana do cuidado humanizado ao parto e ao nascimento. Acadêmicos, pesquisadores e referências técnicas também são importantes autores nesse processo, uma vez que fornecem subsídios por meio da produção de conhecimentos ou disponibilização de novas tecnologias para a mudança do cenário nacional de gestão e de cuidado materno e infantil (Brasil, 2014).

Assim, a intervenção nesse campo tem por finalidade a produção de uma inquietação no que parece óbvio e indiscutível, na cena instituída da gravidez, do parto e do nascimento como não capaz de se aturar, contribuindo para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer.

2.2.2. Recomendações do Ministério da Saúde e desafios na implantação da política

As dificuldades na implantação da política Nacional de Humanização ainda são perceptíveis, uma vez que esta implica numa atuação diferenciada do profissional de saúde,

respeitando os aspectos da fisiologia, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-pai-bebê (Dias & Domingues, 2005). Afirmam Dias e Deslandes (2006) que enquanto não mudar a relação profissional de saúde-parturiente, será praticamente impossível a elaboração do plano de parto (lista elaborada pela mulher descrevendo tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto) aos moldes da humanização.

Para Brasil (2014), todos os pontos da rede de atenção precisam atuar de forma integrada e harmônica, a fim de garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, evitando sua peregrinação e, se necessário, sua transferência deve ser feita em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. De acordo com a ANVISA (2014), a transferência da mulher, em caso de necessidade, deve ser realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/ MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.

Além disso, o local de cuidado a mulher não pode ser desagradável, com rotinas rígidas e inalteradas, de forma que ela não possa expressar livremente suas necessidades e o que sente. Manifestações de julgamento e repressão em relação aos seus atos devem ser evitadas e, cabe aos membros da equipe de saúde uma postura de respeito como ser humano e cidadã plena de direitos. Assim, devem receber cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas e precisa se sentir segura e protegida por todos aqueles que a cercam (Brasil, 2014).

Outro fator importante é a presença de acompanhante junto à parturiente. Em meados século XX, quando o parto hospitalar foi estabelecido pelos programas de saúde nos países industrializados, pela primeira vez na história, a maioria das mulheres começou a parir sem a presença de qualquer pessoa que lhe fosse familiar. Desde então, essa foi a realidade de muitos países nas últimas décadas, com a presença de familiares proibida no parto institucionalizado (Hodnett et al, 2011). No Brasil, não foi diferente e tal realidade fez parte da formação médica e

de enfermagem por muitos anos. Rezende, Martinez e Ferreira (1991) recomendavam que “Os familiares nervosos e as pessoas que, em grande número, vão às Maternidades como acompanhantes, devem ser afastados” (p. 233).

Ainda na década de 90 do século passado, com o ativismo das mulheres e a necessidade de uma medicina baseada em evidências, um movimento mundial iniciou o registro de benefícios emocionais e de saúde, além da grande satisfação materna com a presença e apoio contínuo durante o parto. Estudos começaram a aumentar documentando os muitos resultados positivos para a saúde materna e neonatal dessa intervenção simples, o que levou à recomendação internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) de que “o apoio contínuo durante o trabalho tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento” (p. 2).

Por ser um processo complexo, geralmente, as mulheres ficam tensas e fragilizadas, sendo uma das justificativas para ter alguém de confiança que possa acompanhá-la nesse período, incentivando-a, auxiliando-a, trazendo segurança, tranquilidade e conforto (Rosa et al, 2010). O acompanhante, nesse momento, representa o suporte psíquico e emocional, com uma presença confortante, contato físico, útil para dividir o medo e a ansiedade, somar forças e estimular positivamente a parturiente.

O acompanhamento por um membro da família pode incluir o apoio emocional, medidas de conforto (como toque, massagem, ajuda para manter-se hidratada ou ir ao banheiro), entre outros. As teorias que surgem para explicar os benefícios do apoio contínuo sobre os resultados do parto, descrevem a otimização da fisiologia do parto e os sentimentos de controle e competência das mulheres, como redutores da dependência de intervenções médicas. No Brasil, as evidências sobre esse apoio durante o parto foram usadas para propor as primeiras leis sobre o

direito ao acompanhante durante o nascimento nos anos 1990 (Brüggemann, Osis & Parpinelli, 2007; Diniz et al, 2007).

Hoje, o direito a um acompanhante no parto está garantido por três legislações: lei federal nº 11.108 de 07 de abril de 2005, aplicando-se o direito ao acompanhante em hospitais do SUS e seus conveniados; resolução normativa da ANS - RN Nº 338, de 21 de outubro de 2013, aplicando-se o direito ao acompanhante em hospitais particulares; e resolução-RDC nº 36, de 03 de junho de 2008 da Anvisa (cujo item 9.1 prevê que “o serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”) aplicando-se o direito ao acompanhante também em hospitais particulares.

Embora a presença do acompanhante seja preconizada pelo Ministério da Saúde e garantido por lei, observam-se em alguns serviços de saúde, obstáculos a sua participação, justificados pela inadequada infraestrutura e, principalmente, pela falta de preparo da equipe de saúde para lidar com essa recomendação (Longo, Andraus & Barbosa, 2010). A passividade que os familiares das parturientes assumem em relação à autoridade hospitalar, mediante o exercício de uma prática institucional sugere que o parto não é um assunto de família (Mc Callum & Reis, 2006).

Para incentivar tais práticas, o Ministério da Saúde passou a conferir títulos como “Hospital Amigo da Criança”, assegurando pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto para hospitais vinculados ao SUS, em função de critérios tais como: estímulo à amamentação e ao vínculo precoce, incentivo ao parto normal e vertical, presença de acompanhante escolhido pela mulher para o processo do parto e permanência dos bebês em todo o tempo ao lado das mães (Portaria nº 1.113, de 1994; OMS, 2009; Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014).

Contudo, a presença central e superior de profissionais médicos, principalmente obstetras e pediatras, precisa ser revista. A inserção de outros profissionais, como enfermeiras obstetras,

obstetizes, educadores perinatais, psicólogos, doulas, entre outros, deve ser promovida na equipe assistencial, proporcionando uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família, por meio de um trabalho multidisciplinar (Brasil, 2011c).

A entrada da enfermagem obstétrica neste espaço de assistência, até então ocupado exclusivamente pelos médicos obstetras, tem provocado embates entre estas categorias, dificultando a implantação da política de humanização. Contudo, a proposta da inserção da enfermagem nesse contexto é de cooperação e não de sobreposição de atividades. Em vários países da Europa, por exemplo, o trabalho do médico obstetra está voltado para a assistência às gestantes de risco, com uma formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, o que não excluem o médico obstetra do processo de humanização da assistência, mas aponta os desafios que estes profissionais precisam superar no sentido de modificar sua rotina de assistência aos partos de baixo risco atuando mais como cuidadores do que efetivamente como “especialistas” em patologia obstétrica (Dias & Domingues, 2005).

Por outro lado, a formação profissional do enfermeiro obstetra, mais voltado para o cuidar, tem sido considerada aquela que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto. A formação da enfermeira obstétrica dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio histórico. Vários trabalhos mostram que, quando acompanhadas por essas profissionais, as mulheres necessitam de menos analgésicos, ocorrem menos intervenções e os resultados finais são melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional. A atuação do enfermeiro na assistência ao parto normal ganha força em nosso meio a partir da discussão dos resultados do modelo médico de atenção e do exemplo da atuação das enfermeiras obstetras em países europeus, como Inglaterra e Holanda. Nesses locais, o modelo de atenção ao parto inclui a

importante atuação dessas profissionais, apresenta resultados perinatais muito bons e alta satisfação das usuárias com a assistência prestada (Sescato, Souza & Wall, 2008; Progiante & Mouta, 2009; Moreira et al, 2009; Silva, Costa & Pereira, 2011). No Brasil, desde 1998, o Ministério da Saúde (Portaria nº 2.816) reconheceu oficialmente a assistência ao parto por enfermeiro obstetra nos hospitais conveniados com o SUS e normalizou a remuneração desses profissionais.

No final da década de 1990, foram adotadas políticas públicas no Brasil como estratégia para a melhoria dos índices de cesariana e de morbidade materna e perinatal e uma destas estratégias foi a instituição de centros de parto normal (CPN- Portaria nº 11, 2015), definidos como estabelecimentos que podem funcionar em instalações intra ou extra-hospitalares, com uso adequado de intervenções e presença de acompanhante escolhido pela mulher, que permitem a assistência aos partos de baixo risco, com possibilidade de funcionamento sem médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês.. Este modelo tem como princípio norteador da assistência, o foco no nascimento como evento emocional, familiar e fisiológico, valorizando as escolhas e necessidades da mulher no planejamento da assistência (Dias & Domingues, 2005).

Quanto às doulas, Bruggemann, Parpinelli & Osis (2005) as caracterizam como mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto, encorajando, tranquilizando, estimulando e oferecendo medidas de conforto e orientações. Os primeiros estudos para avaliar os efeitos da presença de doulas foram realizados na década de 80 na Guatemala, e foi observado que o grupo de parturientes que recebeu apoio de doulas apresentou menor incidência de problemas perinatais, menor utilização de ocitocina, menor tempo de trabalho de parto e maior interação da mãe com o bebê. Nos Estados Unidos, pesquisa com grupo acompanhado por doulas apontou, além das características acima, menor taxa de anestesia peridural para parto vaginal e menor taxa de cesariana. Outros países mostraram que um dos

resultados favoráveis foi o alto grau de controle sobre a experiência do parto (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005; Leão & Bastos, 2001; Santos & Nunes, 2009). Recentemente, várias cidades brasileiras têm aprovado leis municipais que autorizam a entrada de doulas nos hospitais para acompanhar as parturientes. Em novembro de 2015, a cidade de Uberlândia, na qual o estudo foi realizado, teve a aprovação da lei nº 12.314, que dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de Uberlândia ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Contudo, não se tem informações se a referida lei tem sido cumprida, devido a data de publicação e vigência da mesma, não deixando de reconhecê-la como um avanço para a humanização do cuidado a essa mulher.

A amamentação na primeira hora de vida também é uma das práticas de evidências recomendada pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e a OMS (2003), sendo importante para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, além de aumentar a duração do aleitamento materno e reduzir a mortalidade neonatal (Anderson, Moore & Bergman, 2007; Bystrova et al., 2009). Dessa forma, não se justifica também o clampeamento precoce do cordão umbilical, como ocorre em grande parte dos partos, sendo tal prática revisada pela OMS que incluiu como nova forma de manejo o clampeamento tardio do cordão umbilical.

Segundo Chaparro e Lutter (2007), o clampeamento “tardio” do cordão umbilical pode ser entendido como aquele realizado após a circulação do cordão umbilical cessar e ficar sem pulso (aproximadamente 3 minutos ou mais depois do nascimento), sendo 80% da transfusão placentária ocorrida nesse período, com profundos efeitos sobre o volume de sangue do recém-nascido após o parto. Nos casos de reanimação neonatal, com recém-nascido pálido, flácido ou não respirando, é melhor manter o bebê no nível do períneo da mãe, para permitir um fluxo ideal de sangue e oxigenação enquanto se realiza as manobras. Na maioria dos casos, a reanimação pode realizar-se mesmo com o clampeamento tardio do cordão umbilical.

Van Rheenen e Brabin (2007) citam como algumas das vantagens do clampeamento tardio do cordão, o aumento dos níveis de hemoglobina e a redução do risco de anemia. Com o aumento do volume sanguíneo do recém-nascido, eleva-se o nível de suas reservas de ferro ao nascer, o qual foi demonstrado ser importante para prevenir deficiência de ferro e anemia durante a infância (Chaparro & Lutter, 2007).

Assim, temos o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva como as três práticas que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê. Com um programa de atenção integral que inclua essas três práticas será notória a contribuição, a curto e longo prazo, tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, além de prevenir a morbidade e a mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2011a)

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde realizou uma grande pesquisa nacional, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o projeto INOVA-ENSP e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), a fim de estudar o parto e o nascimento no Brasil. O estudo contemplou 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, sendo representativo dos nascimentos hospitalares neste universo onde ocorrem 83% dos partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Como resultados, foram apresentados 14 artigos que tratam desde aspectos metodológicos, até a criação de algoritmo para cálculo da idade gestacional, estimação da mortalidade materna, resultados sobre a assistência pré-natal, decisão sobre a via de parto, intervenções sobre as parturientes e recém-nascidos de risco habitual, tipo de parto nas adolescentes, satisfação com o atendimento e presença de acompanhante durante a internação, *near miss* e mortalidade materno e neonatal, além de uma análise sobre a estrutura das maternidades e a descrição de uma experiência bem sucedida para a redução de cesarianas na rede privada. Além da divulgação para a sociedade brasileira do

panorama de como acontecem os parto e nascimento no Brasil, o objetivo do mesmo foi a sensibilização dos profissionais, gestores, gestantes e seus familiares para a necessidade de mudanças no atual modelo de atenção obstétrica (Leal & Gama, 2014).

Contudo, tem-se a notória imprudência de muitas instituições, que deixam de seguir as recomendações do Ministério da saúde, baseadas em evidências e com comprovação de benefícios a curto e longo prazo para a vida de mães e bebês. Ou talvez seja uma mera disputa entre modelos de cuidado em saúde, que se trava entre a defesa por interesses próprios profissionais e a defesa dos direitos e respeito ao próximo, e em meio a esse conflito, vidas são colocadas em risco. Assim, nota-se a emergência de uma atenção às dificuldades de implantação dos programas de humanização da assistência ao parto, permitindo às mulheres vivenciar esses momentos não apenas como uma questão de saúde, mas também como um acontecimento social e afetivo que pode se registrar em suas memórias e marcar suas vidas e de seus companheiros.

2.3. Relação mãe-pai-bebê na hora do parto

A relação estabelecida entre mãe, pai e bebê na hora do parto sofreu modificações ao longo do tempo, visto a interferência das diferentes configurações de assistência ao nascimento, principalmente hospitalar. Atualmente o ideário da humanização incentiva a valorização dessa relação desde os primeiros minutos de vida, trazendo como argumento pontos positivos para o estabelecimento de uma relação mais sólida entre a tríade no futuro.

O apego pode ser entendido como um relacionamento duradouro entre pessoas e como comportamentos indicadores do mesmo pode-se citar a carícia, o beijo, o aconchego, prolongadas trocas de olhar tanto para manter contato como para mostrar afeição, entre outros. Para Brasil (2011b), tais comportamentos, acrescidos de proteção e pronto atendimento das necessidades do bebê desde o seu nascimento, aumentam sua confiança e favorece sua

independência no tempo adequado. O apego é um laço dos pais com o bebê e vínculo refere-se à relação na direção oposta, do bebê para os pais, contudo, em grande parte das literaturas o apego tem o mesmo significado para relações nas duas direções (Rocha, Simpionato & Mello, 2003).

Uma boa experiência de parto envolve vários aspectos para a parturiente, sendo a presença do marido ou outra pessoa significativa junto de si durante o parto, além de ver e tocar o bebê logo que este nasce fatores determinantes para uma vivência positiva do mesmo (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2012). Porém, os homens foram em sua maioria excluídos do parto pelos serviços de saúde e como tentativa de mudar esse quadro o governo brasileiro criou a lei do acompanhante, já em vigor, de nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que dá direito a parturiente a presença de um acompanhante de sua livre escolha durante o parto. Contudo, por falta de fiscalização e punições talvez, ainda não se vê o cumprimento desta em sua totalidade. Silva et. al. (2011) aponta ainda como motivos para o não cumprimento desta, a falta do conhecimento desse direito pelos usuários e a força do poder exercidos por profissionais de saúde.

A presença do pai ou de outra figura de suporte é apontada por vários estudos como efeitos positivos no bem-estar físico e emocional da mulher, tanto no caso do parto normal como no caso do parto por cesariana. Como exemplos dos benefícios da presença do acompanhante, tem-se a diminuição da ansiedade da parturiente, favorecendo, assim, a evolução do trabalho de parto e a assistência prestada nesse processo (Hotimsky & Alvarenga, 2002).

Nos dias atuais, os pais querem participar do processo gestacional, estar presente na hora do nascimento de seu bebê, dispensar cuidados a ele tanto o quanto a mãe (Piccinini et al., 2004). Para Carvalho (2003) a ligação dos pais com os bebês e seus cuidados facilita ainda as transformações conjugais que acompanham o nascimento, trazendo benefícios para os próprios homens e para o desenvolvimento das crianças.

De acordo com Tomeleri et al. (2007), a forma como a paternidade é vivida está em transformação e a participação do pai na sala de parto está em construção, assim o mais

importante a considerar é que o pai está envolvido emocionalmente no parto, assim como a mulher. Essa experiência pode resultar em pais mais comprometidos com a saúde e a qualidade de vida da família.

Para Espírito Santo e Bonilha (2000), há restrições sistemáticas à participação dos pais no parto e nascimento de seus filhos pelas equipes obstétricas, mesmo em situações que apresentem poucos riscos. Segundo as autoras, na maioria dos casos, a autorização para que o pai possa assistir ao parto é dada somente no último momento, sendo que quando acontece à negativa, esta geralmente não é justificada pelos profissionais. Além disso, muitos profissionais da saúde desqualificam o vínculo afetivo pai-bebê, o reservando às mães a capacidade e responsabilidade exclusivas no cuidado com as crianças. Profissionais com esta visão, provavelmente não estimulam os pais a se vincularem com as crianças nem dão atenção às demandas da paternidade (Carvalho, 2003).

Piccinini et al., (2004) defende que a exclusão do pai em alguns hospitais contribui para que aumentem as dificuldades pessoais de vários pais com a transição para a parentalidade. A parentalidade pode ser entendida como um “processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafetiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é, serem capazes de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do (s) seu (s) filho (s) ” (Leal, 2005, p. 322).

Piccinini et al. (2004) afirma ainda existir a possibilidade de alguns pais terem uma experiência negativa desse momento, não se sentindo bem em participar, apesar de muitos profissionais e até mesmo futuros pais acreditarem na importância dessa interação na hora do parto. Este autor alerta para que a participação paterna seja um convite e uma possibilidade, não assumindo o caráter de uma prescrição, sendo papel do profissional de saúde e de seus familiares o respeito pela decisão desse homem. Cabe ressaltar que para esse pai decidir de forma consciente, o mesmo precisa ser informado e esclarecido sobre sua participação.

Para que a presença do pai durante o parto seja positiva, ele necessita de treinamento e apoio. Porém, não se tem um preparo desse homem e quando há, a maioria deles costuma ficar pouco à vontade nas sessões de preparação para o parto, sentindo-se deslocados. Dessa forma, cabe ao profissional de saúde buscar estratégias que insiram esse pai no aprendizado para este momento, visando seu bem-estar. Além disso, tanto na assistência pré-natal como na assistência ao nascimento, a presença do companheiro ou outro membro da família como acompanhante deve ser encorajada. (Perdomini & Bonilla, 2011; Brasil, 2014)

Luz e Zanetti (2003) apontam a existência de pensamentos divergentes entre os pais, em que de um lado alguns mesmo com o desejo de assistir o parto de seus filhos, são impedidos por profissionais de saúde e instituições de acompanhá-los, e de outro lado, tem-se pais que simplesmente não tem o desejo de assistirem o nascimento dos filhos, com alegações diversas. Carvalho (2003) afirma que a falta aos homens um modelo de pai cuidador, uma vez que em sua maioria foram educados numa relação distante com seus próprios pais.

Tem-se ainda o momento logo após o parto em que grande parte dos bebês são levados para longe da mãe e acompanhante, para procedimentos invasivos, como protocolos de aspiração e estratégias para prevenir a perda de calor, que na maioria são desnecessários (Schneck & Riesco, 2006). Como proposta para amenizar os impactos sofridos pelo não contato imediato mãe-bebê, a filosofia da assistência ao parto traz como ideal o bom acolhimento do recém-nascido. Assim, é também preconizado o emprego de uma luz difusa na sala de parto, silêncio, ambiente menos frio, tranquilo e poucas pessoas. (Cruz, Sumam & Thelma, 2007).

O contato pele-a-pele precoce pode ser entendido como a colocação do bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe logo após o parto. Este contato propicia um ambiente ótimo para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Monteiro, Gomes & Nakano, 2006).

Segundo Dornfeld e Pedro (2015), o ambiente adotado pela maioria das instituições de saúde está organizado para atender às necessidades dos profissionais. Contudo, o ambiente frio,

por exemplo, é prejudicial ao RN, sendo a temperatura ideal indicada para o seu nascimento a faixa compreendida entre 26°C e 30°C. Nas situações em que esse cuidado não é considerado, o possível resfriamento do RN pode exigir um esforço maior do organismo, o que tende a desencadear disfunções respiratórias e metabólicas. Estas circunstâncias prejudicam a interação mãe-bebê e, ocasionalmente, podem levar a uma internação na UTI Neonatal (Pugliesi et al., 2009).

O cuidado prestado também tende a atender às prioridades institucionais ao invés de satisfazer as prioridades das mulheres. A barreira encontrada para providenciar cuidados pós-natais de forma a atender as necessidades de cada puérpera é o tempo restrito que fica voltado em grande parte para o trabalho burocrático exigido pelas instituições, como o preenchimento de documentos para admissões e altas (Schmied et al., 2009).

O contato físico precoce entre mãe e filho ainda na sala de parto tem importância prioritária na visão humanizada, sendo necessária a redução de procedimentos realizados no pós-parto imediato, quando se tratar de um bebê de baixo risco (Cruz, Sumam & Thelma, 2007; Anvisa, 2014). Estando a mãe e o recém-nascido em condições satisfatórias, deve-se estimular esse contato pele a pele e a sucção precoce entre os mesmos, logo após o parto, por contribuírem para o estabelecimento do vínculo, além de favorecer a contratilidade uterina e auxiliar no processo de amamentação (Lacava, Goldman & Vieira, 2007; Cruz, Sumam & Thelma, 2007).

O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia no RN a termo com respiração espontânea, sem necessidade de ventilação e ainda nesse momento pode-se iniciar a amamentação. Os cuidados de rotina na sala de parto, só devem ser iniciados após ter sido garantido ao bebê, a sua mãe e a seu pai, se este estiver presente, um primeiro encontro seguro e protegido, e estando em boas condições clínicas, o RN deve ser levado com a mãe ao alojamento conjunto (Brasil, 2011c).

Ao finalizar os procedimentos dentro da sala de parto, a mãe deve ir para um local dentro da maternidade que a permita ficar junto com o RN 24 horas por dia até a alta hospitalar. Para isto, foi implantado o sistema de alojamento conjunto nas maternidades (Brasil, 2011b). O Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceu no capítulo I, art. 10º, inciso V, que: “Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”.

Desde o nascimento até a alta, a separação mãe-filho deve ser evitada, e quando for inevitável, tendo em vista a necessidade de internação do recém-nascido em Unidade Neonatal em alguns casos, seus efeitos devem ser minimizados através de uma boa comunicação entre a equipe e a mãe, e da criação de possibilidades para que o encontro seja o mais breve possível (Brasil, 2014).

Os benefícios da interação mãe-bebê estão desde a estabilidade térmica e cardiorrespiratória do RN até na influência na modelação neuronal e no desenvolvimento intelectual/emocional da criança (Cruz, Sumam & Spíndola, 2007; Unicef, 2009; Rosa et al., 2010; Brasil, 2011c).

Donald (2013) apresentou como resultados do seu estudo que o estresse dos bebês aumenta em até 176% quando estão sozinhos no berço, seja durante a hospitalização após o nascimento ou em casa. Ainda não se sabe quais são os efeitos a longo prazo deste aumento de estresse nos recém-nascidos, mas há a comprovação de que a separação entre a mãe e o bebê nas primeiras horas e dias de vida é um fator estressante psicológico muito maior para o bebê.

O contato pele a pele precoce após o nascimento aquece os bebês mais do que as incubadoras e berços específicos, além de acalmar o bebê e colonizá-lo com as bactérias da mãe. É ainda considerado como um potencial mecanismo para a promoção do aleitamento materno precoce, que auxilia no estabelecimento da sucção precoce que, estimula a hipófise na produção dos hormônios prolactina e ocitocina, responsáveis pela estimulação da produção láctea, e sobre

a involução uterina mais rápida, com menor sangramento. A amamentação como descrita favorece o estabelecimento de laços afetivos entre o binômio, mais certo nas primeiras duas horas, uma vez que passadas duas a três horas do parto, o bebê geralmente adormece por longos períodos, o que dificulta o estabelecimento do contato (Monteiro, Gomes & Nakano, 2006).

A recompensa que a amamentação promove entre mãe e filho; o contato íntimo, frequente e prolongado repercute no estreito e forte laço de união entre eles. Esta maior ligação mãe filho possibilita uma melhor compreensão das necessidades do bebê, o que facilita o desempenho do papel de mãe e auxilia na transição gradual do bebê de dentro para fora da barriga (Matos et al., 2010).

Para Brasil (2011b), alguns RN a termo, em situações especiais (principalmente no estado quieto-alerta), são capazes de interagir de várias formas, sendo demonstrado por atitudes tais como: ir ao encontro da mama da mãe logo após o nascimento, se colocados de encontro a seu tórax (assim, decidem por si o momento da primeira mamada, que ocorre em média aos 40 minutos de vida); reconhecem a face da mãe após quatro horas de vida, uma vez que enxerga melhor a uma distância de 20 a 25cm, que corresponde à distância que separa os olhos do bebê e o rosto da mãe durante as mamadas; fazem contato visual; diferenciam tipos de sons, com preferência pela voz humana, em especial a da mãe, e pelos sons agudos; reconhecem e distinguem diferentes cheiros; imitam expressões faciais logo após o nascimento, entre outros.

O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (WHO; 2006). Oommen et al. (2011) afirmam que a participação dos pais nas decisões relativas ao recém-nascido e a possibilidade de sentirem-se unidos como família são fatores determinantes para a segurança e confiança na equipe de saúde.

Contudo, temos uma pluralidade de significação para todas essas coisas e cada pessoa constrói uma forma de ser nesse mundo. Assim, é preciso buscar os significados circulantes em torno das atuais propostas do ministério da saúde, pautadas numa conduta mais “humana” da assistência ao parto. É preciso conhecer suas contradições, rupturas com antigas significações, relações com diferentes discursos, enfim, encarar o nascimento como questão cultural, que precisa ser melhor compreendido.

3. JUSTIFICATIVA

Ao estudar questões relacionadas ao nascimento de um novo ser e ao reconhecer a complexidade deste fenômeno, nos sentimos desafiados em compreender qual o sentido de todo esse processo para mães e pais que o vivenciam, assim como as demandas necessárias para uma experiência positiva desse momento. A pesquisa com enfoque qualitativo permite ampliar a compreensão dos significados do “nascer”, não somente com um olhar biológico, mas como prática complexa, conhecendo os fatores sócio históricos e suas implicações para a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

Em Uberlândia/Minas Gerais, cidade onde se deu a pesquisa, o índice de partos cirúrgicos é maior que o dobro do nacional, quase duas vezes maior que a média de Minas Gerais e cinco vezes maior que o idealizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dados da Secretaria de Saúde da cidade, referentes ao ano de 2014, registram as cesarianas com representatividade de 98,9% dos partos realizados na rede particular de saúde e 60,8% os registrados no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fato sugere o predomínio de uma assistência obstétrica tradicional, tão criticada pelos valores da humanização.

Assim, com a realização dessa pesquisa, a qual abordou mães e pais que estavam vivenciando o processo do nascimento, conseguiremos ter uma visão mais ampla e diferenciada sobre esse evento, a partir de diferentes perspectivas, permitindo uma melhor avaliação e planejamento desse momento pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas, com o intuito de proporcionar o bem-estar da tríade (mãe, pai e bebê). Por conseguinte, espera-se uma melhor compreensão dos diálogos produzidos dentro do âmbito familiar e da visão acerca do processo do nascer, além dos caminhos percorridos em meio aos serviços de saúde disponíveis e dos sentidos produzidos sobre todo esse percurso.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Como objetivo geral pretende-se compreender os sentidos produzidos por mães e pais acerca de sua participação no nascimento de seus filhos.

4.2. Específicos

Os objetivos específicos consistem em: a) compreender as expectativas de mães e pais acerca do parto e nascimento de seus filhos; b) compreender a vivência de mães e pais acerca do parto e nascimento de seus filhos; c) identificar as ações de cuidado em saúde ofertado as gestantes e pais antes, durante e após os primeiros dias pós-parto.

5. METODOLOGIA

5.1. Participantes da pesquisa

5.1.1. A escolha dos participantes de pesquisa

O recrutamento dos participantes da pesquisa deu-se inicialmente por meio do acesso às famílias cadastradas e que recebem atendimento em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF) do município de Uberlândia/Minas Gerais (MG), sendo uma localizada no setor leste e a outra no setor norte. A escolha das unidades foi pelo contato prévio da pesquisadora com as mesmas, que por apresentar afinidade com as equipes, teria o trabalho facilitado na busca de potenciais participantes. Assim, foi feita uma pesquisa prévia, com a ajuda da Equipe de Saúde da unidade, e após a escolha das famílias foi feito contato por telefone e a pesquisadora apresentou a pesquisa. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi feito agendamento das visitas para realização das entrevistas.

O número de gestantes que atendiam aos critérios de inclusão para a pesquisa, dentre eles, idade gestacional igual ou superior a 36 semanas (devido à proximidade da data de seus partos) e o consentimento do pai do bebê para participar também da pesquisa, foi inferior ao esperado, totalizando apenas três casais. Sendo assim, foi necessário expandir a busca, sendo os demais casais provenientes de redes de contatos da pesquisadora. Fizeram parte do estudo oito casais, sendo realizadas 16 entrevistas antes do parto (entre a 36ª e a 39ª semana de gestação) e 16 após o mesmo (cerca de 45 dias após o parto).

Os nomes dos participantes foram alterados para preservar a identidade dos indivíduos. Para os casais provenientes das UAPSF, as entrevistas antes do parto foram realizadas no estabelecimento da instituição e as pós-parto na residência dos participantes. Já para os casais

provenientes da rede de contatos da pesquisadora, as entrevistas foram realizadas na residência dos participantes, de acordo com a disponibilidade de cada um e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, entre os meses de dezembro/2014 e Setembro/2015.

5.1.2. Caracterização dos participantes da pesquisa

Os oito casais participantes na pesquisa caracterizam-se da seguinte forma:

1. Geraldo e Camila (casal 1): Casados há 2 anos, são comerciantes e trabalham juntos. Geraldo tem 44 anos e Camila tem 29 anos. Primeiro filho do casal (Mateus), sendo o primeiro filho e primeiro casamento de Camila, mas o terceiro filho de Geraldo, uma vez que já foi casado anteriormente. Os outros filhos de Geraldo nasceram de cesariana em um hospital particular de Uberlândia. Não acompanhou o parto de nenhum deles. Da gestação atual, apesar de demonstrar o desejo, foi impedido pelo profissional médico de acompanhar sua esposa na hora do parto. Camila esperava parto normal em um hospital público da cidade e caso ocorresse intercorrências iria para o hospital particular com cobertura de seu convênio para realização de cesariana. Ela entrou em trabalho de parto, contudo mesmo sem intercorrências clínicas, com motivo principal a “dor”, fez cesariana. O seu acompanhamento pré-natal foi tanto na rede pública de saúde quanto na rede particular.

2. Beto e Patrícia (casal 2): Amasiados há 15 anos, ambos trabalham no comércio. Beto tem 29 anos e Patrícia tem 27 anos. Quarto filho do casal. Consultas pré-natais na rede pública. Cesariana e laqueadura agendada em hospital público. Beto acompanhou o parto do terceiro filho, atrás de um “vidro”, porém alega ter passado mal e decide não acompanhar o parto da gestação atual. Patrícia teve sua mãe como acompanhante, porém por um tempo limitado pela instituição de saúde. Patrícia entrou em trabalho de parto antes da data agendada para sua cesárea

e foi encaminhada para outro hospital para realização da cirurgia. Internação de sua bebê na UTI Neonatal.

3. João e Maria (casal 3): Casados há 20 anos. João tem 45 anos e trabalha no comércio; Maria tem 38 anos e trabalha no setor administrativo de um hospital privado. Terceiro filho do casal, sendo a idade dos outros filhos 18 e 12 anos, ambos nascidos de cesarianas, sendo um em hospital privado e outro em hospital público. Consultas pré-natal da atual gestação na rede privada. Cesariana agendada em hospital privado sendo realizada conforme planejado, sem a presença de acompanhante por escolha de Maria. João não acompanhou nenhum dos partos, alegando ser desnecessário.

4. Saulo e Luciana (casal 4): Casados há 3 anos, ambos têm 30 anos e trabalham no comércio. Primeiro casamento e primeiro filho (Cauã) de ambos. Consultas pré-natal na rede privada. Cesariana agendada em hospital privado sendo realizada conforme planejado. Saulo acompanhou o parto de sua esposa, porém com limitações quanto ao tempo de sua permanência no local pela instituição saúde.

5. Raquel e Célio (casal 5): Amasiados há 5 meses, após descoberta da gravidez. Ambos trabalham no comércio e estão cursando ensino superior. Ela tem 22 anos e ele 21 anos. Primeiro filho do casal, porém Raquel já tem uma filha de 7 anos de um relacionamento passado. Seu primeiro parto foi normal em um hospital público de outra cidade. Na gestação atual, fez o pré-natal pela Unidade básica de saúde e também pelo convênio privado. Raquel entrou em trabalho de parto e permaneceu em sua residência a maior parte do tempo, sendo encaminhada para hospital público para realização do seu parto que foi normal. Célio acompanhou o trabalho de parto e parto, porém teve restrições quanto ao acompanhamento no pós-parto.

6. Helena e Nélcio (casal 6): Casados há 9 anos. Ambos com 34 anos de idade, são professores universitários. Segunda filha do casal (Larissa). Primeiro parto (filha Rebeca) foi normal e domiciliar, acompanhada por uma equipe particular. No parto da gestação atual,

pretendia-se repetir a experiência primeira de normal e domiciliar, com a mesma equipe, o que aconteceu conforme planejado. Pré-natal particular realizado com a equipe que acompanhou o seu primeiro parto. Nélio acompanhou todo o processo do nascimento (trabalho de parto, parto e pós-parto) junto a sua esposa.

7. Karla e Caio (casal 7): Casados há 7 anos, primeiro casamento e primeiro filho de ambos (Livia). Ela tem 28 anos e é profissional da saúde. Ele tem 32 anos e trabalha no comércio. Karla relata desejo de parto normal, após buscar informações e descrever ser o melhor para ela e o bebê. Fez o pré-natal na rede privada de saúde pelo convênio. Karla entrou em trabalho de parto e permaneceu a maior parte do tempo em sua residência acompanhada por uma amiga enfermeira (Géssica). O seu parto foi normal na instituição privada planejada, porém com intervenções (como episiotomia) sem o seu consentimento. Caio acompanhou o parto de sua filha, mas por rotinas burocráticas da instituição teve o seu tempo de permanência junto a mesma limitado.

8. Taís e Luiz (casal 8): Casados há 10 meses, é o primeiro filho de ambos (Alice). Ela tem 34 anos e é auxiliar de escritório. Ele tem 38 anos e é servidor público. Luiz já foi casado uma outra vez, mas para Taís é o primeiro casamento. Pré-natal realizado pelo convênio em estabelecimento privado. Parto cesariana agendado para instituição privada de saúde, sendo realizado conforme o planejado. Luiz acompanhou o parto de sua companheira, porém com restrição quanto ao tempo de permanência junto a mesma.

5.2. Procedimentos de construção e análise do corpus de pesquisa

A análise dos dados foi qualitativa, influenciada pela perspectiva construcionista social (Rasera & Japur, 2007; Spink, 2004). A pesquisa qualitativa trata de indagações bem particulares

e ocupa-se com a variedade de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, condizentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos (Minayo, 2004).

Após o convite e o consentimento dos participantes em fazerem parte da pesquisa, foi feito o agendamento de datas e horários para a realização de entrevistas. O objetivo com a realização das entrevistas era assim compreender como se deu o processo do nascimento assim como os sentidos da relação estabelecida entre mãe, pai e bebê no parto e nos primeiros dias de vida do bebê.

As entrevistas possuíam um caráter semiestruturado, baseada em questões que abordavam as expectativas de mães e pais para a hora do parto de seus filhos e posteriormente o que eles realmente vivenciaram naquele momento, dentre outros aspectos que ajudariam a entender e contextualizar os sentidos produzidos acerca de suas participações no nascimento de seus filhos. Nos dias agendados para realização das mesmas, foi feito o preenchimento dos TCLE. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra posteriormente.

Para a análise, partindo dos pressupostos construcionistas, tem-se o discurso como um conjunto de práticas linguísticas que preservam e promovem determinadas relações sociais. Assim, a análise consiste no estudo de como essas práticas atuam no presente, mantendo e fomentando essas relações, mostrando o poder da linguagem como uma prática constituinte e reguladora (Iñiguez, 2005).

Quanto ao sentido, Spink (2010) o define como:

Uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas - na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas - constroem termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (p.34).

Dessa forma, produzir sentidos, nos permite lidar com situações cotidianas, nos permitindo compreender como são construídos.

Assim, após a transcrição de todas as entrevistas realizadas e uma leitura curiosa e reflexiva, a fim de que surgissem as primeiras impressões a respeito das transcrições, foi realizada uma análise temática (Spink, 2010), podendo ser descrita da seguinte forma: (1º) Familiarização com os repertórios históricos sobre a assistência obstétrica, (2º) Seleção baseada na unidade de registro “tema”, e consequente recorte de falas que estivessem diretamente ligadas aos temas, (3º) Organização do material em quatro grandes temas: Vivências antes do parto; Vivências na hora do parto; Vivências após o parto e a Atuação dos profissionais de saúde frente a mulher e seus familiares durante o processo do nascimento. Foi utilizado, então, a perspectiva construcionista social e a construção de sentidos a partir de uma análise temática, como base para o estudo em questão. Dessa forma, entende-se a relevância do contexto sócio histórico para produção de conhecimento e sua interconexão com as relações estabelecidas entre as pessoas, possibilitando assim, diferentes formas de se contar e entender a realidade.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliando os dados obtidos através das transcrições de 32 entrevistas, referentes a oito casais, três períodos que envolvem o processo do nascimento foram delimitados: o pré parto, parto e pós-parto imediato. O primeiro, refere-se às questões antecedentes ao nascimento, estando os participantes compreendidos entre a 36^a e 39^a semana de gestação. O segundo, trata de assuntos que permeiam a hora do parto, e o terceiro, os primeiros dias que seguem após o mesmo. Os relatos de ambos aconteceram cerca de 45 dias após o parto.

Diante a exploração de cada um desses momentos, foram criadas subcategorias específicas, a fim de discutir o processo de nascimento, assim como seus sentidos para pais e mães. Durante a análise de tal processo, percebemos ainda a transversalidade de um assunto bastante peculiar e de uma importância ímpar ao se tratar do cuidado em saúde para o público entrevistado, assim, foi criada uma categoria a mais para discussão, nomeado como violência obstétrica.

6.1. Expectativas para o parto

No final da gestação, os casais se deparam com a certeza da proximidade do dia do parto, em que receberão um novo ser para compor o arranjo familiar. Apesar de esperado, esse dia é cercado de possibilidades distintas de como poderá ser vivenciado. Nesse tópico serão apresentados e discutidos os acontecimentos vivenciados pelo casal até o momento do parto, refletindo as suas expectativas em relação ao mesmo. Diante dos discursos produzidos, sendo notadas semelhanças temáticas, foram criadas categorizações para facilitar a discussão, são elas: Expectativas gerais; Expectativas do tipo de parto; Expectativas quanto à presença do acompanhante e Expectativas quanto ao primeiro encontro com o bebê.

6.1.1. Expectativas gerais da hora do parto

Tendo em vista a proximidade do dia de vivenciarem o nascimento de seus filhos, foi esperado que os casais entrevistados imaginassem de alguma forma como poderia ser esse dia, visualizando algumas possibilidades e se preparando para tal momento. Notou-se que todos os casais tinham informações limitadas quanto à hora do parto, fazendo com que os mesmos não criassem expectativas, além de se apoiarem numa resignada confiança do profissional médico para questões referentes a esse momento.

Diante das falas dos casais percebemos vários sentidos, entre eles: o resgate de experiências anteriores para prever como poderia ser o parto atual, como conta Patrícia (casal 2) que vivenciava sua quarta gestação: *“Ah! Essa aqui eu imagino que vai ser um pouquinho mais complicado né? (...) Do meu último (parto) eu dei hemorragia na hora do parto, então meu medo é ter de novo”*. A expectativa pautada em experiências anteriores prevaleceu nos casos das mulheres que já tinham outros filhos. Essa experiência prévia de parto proporcionou para alguns casais uma redução dos medos e receios se comparado a vivências anteriores desse processo, como conta Nélcio (casal 6): *“ Por ser a segunda gravidez, estamos com menos dúvidas e ansiedades (...) por estarmos mais instruídos, tanto teoricamente quanto na prática, acho que vamos vivenciar de forma diferente e melhor do que o primeiro”*.

Já a falta de expectativa para o momento do parto fica clara na fala de vários casais que vivenciavam a primeira gestação, como relatam Célio (casal 5): *“ Não sei como é assim, só por vídeos que as pessoas me mostraram (...) Eu pesquisei um pouco na internet também ”* e Caio (casal 7):

Antes dela engravidar e a gente buscar informação eu achava que o dia do parto fosse ser uma correria, uma bagunça sabe? Tipo, a bolsa estourou e aquela correria louca e hoje eu sei que não tem nada a ver (...) entendi que estourar a bolsa não

quer dizer que tem que sair correndo (...) isso ela (esposa) foi descobrindo, lendo e foi me informando (...). Acompanhei quase todos os pré-natais, e o que falavam era só informações sobre o bebê né? Tipo o tamanho do bebê, se está tudo certinho e tal (...) sobre o parto não sei nada e nem o que eu tenho que fazer lá (...). Não me sinto nem um pouco preparado e informado sobre a hora do parto, pelo menos até agora não.

Para obterem informações sobre aspectos relacionados ao período gravídico, assim como a hora do parto, os casais, em sua maioria, buscaram por si próprios em fontes nem sempre seguras, como a internet por exemplo, o que mostra um trabalho ineficaz dos profissionais que atendem o público de gestantes e seus familiares, omitindo informações importantes e de suma relevância para uma vivência plena de todo esse processo. Camila (casal 1) relatou:

Não consigo pensar em nada como vai ser. Ainda não parei para pensar o que que é assim, como é que vai ser, o que eu levo, o que eu não levo (...) Ainda não conversei com ninguém sobre isso assim, mas elas devem me passar isso mais pro finalzinho, semana que vem eu entro nas 38 (semanas).

Nota-se uma confiança de que alguém irá passar para ela as informações necessárias em algum momento, ficando passiva quanto as mesmas. Diante da incerteza do que de fato acontecerá no dia do parto, alguns preferem aguardar e confiar nos profissionais médicos, como contam Geraldo (casal 1): “(...) médico ou você confia ou você não confia, então, é uma médica que a gente conhece, que está nos acompanhando, então eu fico muito tranquilo”, João (casal 3): “ (...) nem fico imaginando. Acho que vai dar tudo certo, mas ela já tem confiança no médico dela também. ” e Raquel (casal 5):

Eu tava acompanhando só pelo postinho porque eu não conhecia nenhum médico particular daqui da cidade, porque eu queria ir em um médico de confiança, aí

algumas pessoas me indicaram um (...) e agora mais pro finalzinho eu comecei a acompanhar com ele.

Segundo Costa et al. (2006) e Vieira (2008), a relação entre a gestante, seus familiares e o profissional de saúde é marcada pela histórica exaltação e hegemonia do profissional médico como responsável por ordenar e normalizar questões referentes ao corpo feminino, o que acaba por gerar uma confiança e passividade quanto as condutas médicas.

Outros se apoiam na fé de que independente do que possa acontecer, tudo terminará bem, como relatam Geraldo (casal 1): “ *Acho que vai ser normal, assim, vai ser tranquilo. Não tenho muita expectativa, peço muito a Deus que corra tudo bem né?* ” E Saulo (casal 4): “ *Ela está nervosa, tá bem ansiosa, e a gente fica também né? Mas a gente acredita que Deus estará abençoando e vai dar tudo certo.* ”

A fala de não expectativa apresentada por muitos sugere um possível receio em não criar esperanças de forma que estas possam ser frustradas posteriormente. A falta de informação também pode ser um dos fatores que dificultam o casal a ter uma possível noção de como será o dia do nascimento de seus filhos. O silenciamento médico, nesse contexto, reafirma o saber autorizado que restringe ao médico assuntos referentes ao parto, impedindo a abertura para que outros falem sobre o assunto de forma “confiável”.

Diante de informações omissas, os casais ficam em sua maioria passivos, crendo que tudo dará certo. Essa passividade diante do desconhecimento das possibilidades na hora do parto facilita ao profissional de saúde ter o controle de todo processo, além de excluir a autonomia e o direito de escolha daqueles que de fato o vivenciarão.

A construção histórica da passividade na relação paciente/médico teve seu início com as conquistas alcançadas pela medicina como uma ciência exata e biológica, perdendo aos poucos o seu caráter humanístico. O médico passou a possuir uma gama de recursos tecnológicos e condutas que não dependiam diretamente de uma boa relação médico-paciente e esse

afastamento do profissional da pessoa que por ele era atendida fez brotar essa relação de apatia. A desigualdade na relação de poder entre eles faz com que os médicos deixem a mulher desinformada e passiva para que assim tenham maior controle sobre as mesmas. A passividade pode ser vista em muitas interações na qual o paciente abandona-se por completo e aceita sem questionamentos os cuidados médicos. Geralmente quanto mais ativo e seguro se mostra o médico, mais tranquilo e confiante o paciente fica (Nascimento & Guimarães, 2003).

Assim, para a implantação efetiva de uma assistência humanizada ao parto é necessário o preparo da gestante e de seus familiares para esse momento ainda durante o pré-natal, sendo indispensável uma boa relação médico/paciente. Contudo, isto requer um esforço grande, a fim de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde, uma vez que além de aspectos técnicos, o preparo para o parto envolve, também, uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal, os procedimentos rotineiros, entre outros (Brasil, 2001).

Quanto ao local do nascimento, a Lei nº 11.634 de dezembro/2007 garante dentre outras coisas o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto para toda gestante. O conhecimento prévio do local do parto mostrou maior segurança para ao casal, como descrevem Patrícia (casal 2), que já tinha vivenciado um parto anterior no mesmo local: *“Quando eu fui da outra vez, eu tive uma experiência muito boa (...) então assim, pra mim vai ser tranquilo ”* e Maria (casal 3) que optou por realizar seu parto na instituição privada de saúde na qual trabalha, relatando já conhecer a sua estrutura, assim como os profissionais que trabalham no local: *“(...) eu conheço lá, então tô tranquila.”*

Contudo, o desconhecimento do local do parto foi evidente para os pais que vivenciavam a gestação pela primeira vez, resultando em uma maior insegurança e incertezas, como relatam

Saulo (casal 4): “ *Imagino uma sala quente, iluminada, um tanto de profissional lá de verdinho, deve ser tenso pra caramba né?* ”; Camila (casal 1): “ *(...) só de televisão que a gente vê mais ou menos ali a mesa, aquele forro, aquele tanto de gente, (...) aquela caminha com aquele pano* ”; e Caio (casal 7): “ *Imagino que vai ser uma sala branca, (...) uma cama no meio, sei lá, eu ali do lado e talvez um médico, enfermeiro por ali me orientando e aguardando o nascimento do bebê.*”

As descrições são pautadas no que a mídia mostra, sendo a única referência para idealizar o nascimento de seus filhos. Apesar de não detectado prejuízos visíveis ou descritos, sugere mais uma vez a alienação com as rotinas das instituições de saúde, que privam dos casais o conhecimento do local em que ficarão em um momento sensível de suas vidas. Karla (casal 7) disse:

Apesar de eu tá com 37 semanas, estou definindo ainda (hospital), porque tem uma questão de privacidade que o Caio presa muito por isso, (...) então ainda não estou certa de onde vai ser (...) Independente do lugar que eu escolher, confesso que queria passar a maior parte do tempo em casa e aí quando tiver quase no período expulsivo eu fosse pro hospital (...) Não fui em nenhum dos dois hospitais ainda (público e privado).

A privacidade no parto foi relatada por algumas famílias como um fator necessário para vivenciar o processo do nascimento e a instituição hospitalar responsável pela quebra de um ambiente íntimo e privativo relacionado à família e ao contexto do nascer nos dias atuais. Na tentativa de fugir desse cenário escasso de privacidade, o domicílio passou a ser visto como uma alternativa para alguns casais, como relata Nélcio (casal 6) que vivenciou não só o trabalho de parto de sua esposa, mas também o nascimento de sua primeira filha no domicílio:

Foi muito intenso! Toda a concepção que a gente tem de que parto seguro é dentro de hospital, é muito difícil né desconstruir isso da gente, mas ao mesmo tempo nós

tínhamos muita discussão sobre isso (...) porque sabemos que o hospital é muito bom pra muita coisa mas que pra parto talvez seja um local bem inóspito, com muitas agressões e intervenções e que em casa seria um lugar bem mais seguro, tanto pra mãe quanto pro bebê (...) Acho que foi muito mais rico do que se tivéssemos ido para o hospital, com muito mais decisão nossa né, da mãe e do pai (...) estamos nos preparando para ter o parto em casa novamente (...) mas não excluimos a possibilidade de ir para o hospital (...), se necessário”

O domicílio é uma opção de local parturitivo em diversos países como Canadá, Austrália e Países Baixos e publicações internacionais mostram que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar (Janssen et al, 2009; Jonge et al, 2009; Kennare, Keirse, Tucker & Chan, 2010). Segundo Colacioppo et al (2010), o atendimento ao parto domiciliar planejado vem crescendo nos centros urbanos brasileiros, contudo, ainda é um desafio, principalmente ao se tratar de interesses profissionais, uma vez que exige uma equipe multiprofissional para seu sucesso, quebrando com a hegemonia até então atribuída ao profissional médico. Além disso, a cultura de partos de risco habitual dentro do hospital ainda é bastante predominante na sociedade brasileira, que associa a segurança no parto à instituição de saúde, desconsiderando os múltiplos e complexos fatores que envolvem o termo segurança de fato (Koettker et al, 2012).

O Ministério da Saúde e a OMS reconhecem o domicílio como um local adequado para o parto, em função de seus resultados obstétricos desde que seja da escolha da mulher e que ela e sua família recebam um cuidado seguro no momento do parto (Frank & Pelloso, 2013). Apesar de apontado por estes autores como uma excelente estratégia para transformar e melhorar a qualidade da atenção obstétrica, o parto domiciliar ainda conta com um pequeno número de profissionais que se dedicam a esta atividade, e os altos custos atribuídos a essa modalidade de parto na cidade do estudo acabam por excluir as famílias, que apesar do desejo não possuem condições financeiras para tal.

Ao se tratar do conhecimento prévio dos entrevistados em relação aos profissionais que atenderiam o parto, foi notório o desconhecimento das mulheres e seus parceiros, se limitando, em sua maioria, ao conhecimento apenas do obstetra, no caso dos hospitais privados. Luciana (casal 4) que terá seu parto em um hospital privado relata: *“Conheço só o médico, o anestesista eu vou conhecer um dia antes, eu até achei estranho isso, a consulta ser só um dia antes (...) a gente pega firme com Deus né? Acho que é isso que temos que fazer.”* Já Patricia (casal 2) terá seu parto no SUS e contou: *“Não conheço! Porque é por plantão né? Então não tem como saber!”* Diante dessa incerteza Raquel (casal 5) se manifesta:

Se for pela rede pública não tem como saber, porque quem faz é o médico que está de plantão naquela hora. Se eu optar pela cesárea vai ser o Doutor Pedro mesmo que vai fazer meu parto, mas quanto ao pediatra e ao anestesista eu já não sei (...) Isso é complicado, porque a cesárea é uma cirurgia e você não saber quem são os profissionais que vai estar traz insegurança na gente, mas o parto normal acho que não interfere tanto o profissional que vai estar, porque você faz tudo praticamente sozinha, é claro que é bom ser um profissional que tenha experiência pra se acontecer alguma coisa de emergência ele saber como reagir.

Karla (casal 7) relatou:

Eu li, busquei muita informação na internet, uma amiga enfermeira também me passou materiais para eu estudar e foi através disso que eu fui adquirindo conhecimento e fui optando pelo que eu via ser o melhor (,,) Não conheço ainda os profissionais, inclusive estou tendo consultas quase toda semana com médicos diferentes, que estão me indicando, para que eu sinta segurança com algum, no sentido de que ele vai mesmo me respeitar nas minhas escolhas e decisões assim. Inclusive essa semana já tenho uma consulta agendada com um médico que é da mesma crença que a minha, e eu acredito que ele vai ser honesto e verdadeiro

comigo, mas vamos ver (...). Agora se for público eu não sei quem vai ser né? E isso querendo ou não traz um pouco de receio também né.

O desconhecimento dos profissionais que assistirão o parto é notório para todas, que estando cientes do funcionamento dos serviços de saúde que as atenderão acabam por se adaptarem e adequarem à instituição. Maria (casal 3), que trabalha na instituição de saúde, conhecendo o mesmo, deposita sua confiança nele ao invés do profissional. Patrícia (casal 2) assim como Raquel (casal 5) por já conhecerem o sistema hospitalar público, que é por plantão, não tem a opção de conhecer esses profissionais antes e, portanto, ficam impedidas de escolher, enquanto Luciana (casal 4) e Karla (casal 7) mostraram uma estranheza e receios quanto ao fato, restando mais uma vez se apoiar na fé. Halpern (2001) aponta ser essencial a empatia entre médico e paciente, por deixar o último mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas.

É notável que a política nacional estabelecida, assim como as recomendações do Ministério da Saúde para uma prática humanizada caminham em direção contrária à organização dos serviços de saúde, em destaque para a cidade do estudo. A falta de preparo dos pais para a vivência do parto mostra a imperícia por parte dos profissionais de saúde que atendem o casal durante o pré-natal. A escassez de informações claras e qualificadas sobre o processo do nascimento, além da imposição de rotinas institucionais que privam da mulher o poder de escolha, só amplifica a desigualdade de poder existente entre os mesmos, afastando cada vez mais a possibilidade dos pais viverem plenamente o nascimento de seus filhos.

6.1.2. Escolha do tipo de parto

O tipo de parto tem sido um assunto bastante discutido nas últimas décadas. A escolha do mesmo, que pode ser via vaginal (normal) ou cirúrgico (cesariana), é um direito da mulher que deve ser respeitado, com base nos artigos 24 e 31 do Código de Ética Médico (Resolução CFM nº 1931 de 2009). Ambos vedam ao médico, respectivamente, “Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar” e “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”.

No estudo em questão, a metade (quatro) das gestantes entrevistadas demonstraram o desejo e a possibilidade de um parto normal, sendo duas primigestas e duas com um parto normal anterior, enquanto a outra metade (quatro) já estava com as cesáreas agendadas, sendo duas primigestas e duas com cesáreas anteriores. Sodré et al (2010) afirmam que a escolha e decisão da mulher quanto ao tipo de parto são decorrentes de um processo que envolve fatores diversos, como escolaridade, condições socioeconômicas, história de vida, histórias de parto que ouviu ou viveu junto a um familiar, conhecimento sobre as condições de assistência ao parto e acesso a informações, geralmente inacessíveis para a grande parte das mulheres. Contudo, nota-se que as variáveis descritas pelos autores se remetem ao individual feminino, excluindo a estrutura dos serviços e a responsabilidade médica no repasse de informações como os principais determinantes para a “escolha” da mulher.

O contato entre os casais e profissionais de saúde varia durante a gestação e a frequência assim como a relação estabelecida entre eles é influenciada por vários fatores. Nota-se que a maioria das mulheres, principalmente as gestantes que fazem o acompanhamento pré-natal na rede privada de saúde, tem o médico como a única referência durante todo o processo e tende a procurá-los apenas uma vez ao mês para as consultas de rotina. Já as gestantes que acompanham pelo SUS, tendem a se relacionar com mais profissionais da área da saúde, como enfermeiros,

psicólogos, dentistas, entre outros, sendo a frequência de contato dos mesmos variada, dependendo principalmente da necessidade de cada gestante em particular.

Independentemente dessa variável, a influência exercida por esses profissionais nas decisões dos casais é inquestionável. A informação recebida ou não sobre o seu estado gravídico pode fazer toda a diferença para o bem-estar da mãe, do bebê e da família, o que faz aumentar a responsabilidade dos profissionais de saúde que atendem esse público enquanto orientadores de saúde.

Nesse estudo, foi percebido o quanto a interferência desses profissionais na saúde da gestante é delicada, mexendo não só com o bem-estar momentâneo, mas influenciando também a maneira como a mesma vivencia e encara todo o processo gestacional. A falta de informações qualificadas sobre o que realmente acontecerá com seu corpo durante o nascimento e a omissão das reais vantagens e desvantagens de cada tipo de parto escolhido ainda é notória no acolhimento da mulher grávida. Camila (casal 1) relatou:

No convenio os médicos não fazem parto normal (...) é por isso que eu resolvi fazer pelo UAI, para fazer o parto normal pelo SUS. Ai se der e tiver que ser cesárea vou ligar pra minha médica particular, que a cesariana eles cobrem né? (...) eles (médicos) falam que é por causa desse tempo, que eles gastam (...) cesariana é por ordem marcada, então assim, no caso de ficar dias em trabalho de parto, imagina eles ficarem desmarcando toda a agenda para ficar ali me olhando, me acompanhando, mas acho que é isso. Como desde o começo ela já me avisou que não cobria aí eu fui para o SUS tentar fazer o parto normal.

Raquel (casal 5) contou:

Ele (médico) falou pra mim que se eu optasse pelo parto normal era melhor eu fazer pelo público (...), falou que conhece vários colegas dele que trabalhavam no público e que eu receberia um atendimento bom tanto quanto no particular, e que se eu

quisesse que ele fizesse meu parto era só se eu chegasse ganhando já, com o bebê nascendo já e se eu chegasse sem ter a dilatação total eles iam fazer a cesárea.

Nota-se que a escolha do tipo de parto será determinante para a escolha da instituição em que acontecerá o desfecho de seu parto, assim como do profissional que a atenderá. A negação de assistir partos normais pelos profissionais vinculados a algum convênio mostra a visão do parto como mercado e não como saúde, contrariando toda a lógica da assistência humanizada assim como as recomendações internacionais e nacionais mais atualizadas acerca das práticas corretas relacionadas ao atendimento do parto.

Além disso, os planos de saúde que tem a cobertura de obstetrícia são obrigados a cobrir partos, independente se normal ou cesariana, segundo o art. 10 da lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dessa forma, a irregularidade na prestação desses serviços fica notória, uma vez que a recusa dos profissionais associados a um convênio na assistência ao parto normal mostra o descumprimento de acordos e deixa um alerta para a necessidade de uma fiscalização mais efetiva na prestação desses serviços.

Atualmente, no Brasil, o percentual de partos cesáreos chega a 89,9% nos hospitais particulares e na rede pública, cerca de 50%, e em Uberlândia, cidade onde se deu a pesquisa, as taxas de partos cirúrgicos, no ano de 2014, registraram 98,9% na rede particular de saúde e 60,8% no setor público, sendo que a OMS recomenda que apenas 15% dos nascimentos sejam cesáreas. Há uma verdadeira epidemia de nascimentos cirúrgicos (Leal & Gama, 2014). Mesmo que a cesárea seja uma via de parto cada vez mais segura, sendo uma operação que salva vidas, em certos casos, a sua prática como rotina, sem indicação médica real tem ocasionado riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê.

A mulher que faz cesárea tem onze vezes mais chance de morrer do que aquela que faz parto normal e o bebê tem 120 vezes mais probabilidade de ter problemas respiratórios, maior risco de desenvolver doenças crônicas na vida adulta e maior chance de nascer prematuro

(Ramos et al, 2003). Esses dados levaram o Ministério da Saúde a procurar maneiras de controlar e reverter esse quadro, sendo uma das estratégias a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2015, de uma resolução (RN N° 368) que estabelece normas para estimular a realização do parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar, que atende hoje 27 milhões de brasileiras com planos e seguros saúde.

A resolução entrou em vigor no dia 7 de julho de 2015 com mudanças significativas para aqueles que são atendidos por convênios, são elas: o acesso à informação (as gestantes poderão solicitar às operadoras os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico). Essas informações deverão estar disponíveis no prazo máximo de 15 dias contados a partir da data da solicitação e se isso não for feito, a resolução prevê pagamento de multa de até R\$ 15 mil; Cartão da gestante (que passa a ser obrigatório o seu fornecimento de acordo com padrão definido pelo Ministério da Saúde, no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal). De posse desse cartão, qualquer profissional de saúde terá conhecimento de como se deu a gestação, proporcionando um melhor atendimento à mulher quando ela entrar em trabalho de parto. O cartão deverá conter também a carta de informação à gestante, com orientações e informações para que a mulher tenha subsídios para tomar decisões e vivenciar com tranquilidade esse período tão especial.

Tem-se ainda a apresentação do partograma (documento gráfico onde são feitos registros de tudo o que acontece durante o trabalho de parto) sendo sua obrigatoriedade vinculada ao pagamento do parto. Na ausência desse documento, o parto só será pago se o profissional apresentar um relatório médico detalhado que justifica a não apresentação do partograma (ou seja, o motivo que levou à realização da cesariana). Os planos de saúde só pagarão as cirurgias que forem consideradas imprescindíveis e estiverem justificadas pelo médico, sendo a realização da cesárea dificultada para aquelas que optarem pelo mesmo sem indicação real. Contudo, houve uma última modificação feita pela ANS, com a diminuição na rigidez contra cesárea, em que a

mesma poderá ser paga pelos planos de saúde desde que apresentem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pela gestante.

Ter o direito de escolher sua via de parto e assumir seus riscos engloba a detenção de um conhecimento plausível pela mulher para uma escolha consciente e independente da escolha, ela deve ser respeitada. Assim, para ser livre, a escolha não deve sofrer influência externa e muito menos pressão por parte dos profissionais mais esclarecidos no assunto que muitas das vezes possuem interesses pessoais e financeiros. Além disso, também deve ser esclarecida, ela não pode ser proveniente de mitos, lendas e preconceitos, mas sim embasada em informações fidedignas e nas mais recentes descobertas da ciência.

Contudo, a maioria das gestantes ainda desconhece os riscos reais da cesárea e considera o nascimento cirúrgico mais seguro, prático, simples e cômodo de dar à luz. Mesmo com tantos esforços, essa cultura cesarista ainda é perceptível e em sua maioria é incentivada pelo próprio profissional de saúde a quem a mulher confia sua vida e de seu bebê.

Camila (casal 1) também conta sobre um exame realizado durante sua gestação:

Eu estava conversando com a mulher (médica) que fez meu ultrassom e diz ela que um parto normal após 40 semanas já é mais sofrido, mais dolorido, mas assim não sei (...) aí eu pensei: acho que não vou esperar não. Porque depois disso ele já vai estar com mais de 3 quilos e meio, (...) vai estar muito gordinho.

Sua fala mostra insegurança quanto ao parto normal escolhido, chamando a atenção para tamanha responsabilidade assumida pelo profissional de saúde ao repassar informações desqualificadas. Alguns profissionais de saúde que atendem as gestantes trazem consigo discursos sem embasamento científico e ao invés de acolher, terminam amedrontando os pacientes. Saulo afirmou:

A gente começa a fazer o acompanhamento e fica preocupado com certas coisinhas que acontece, igual o ultrassom que faz, as vezes é o jeito de falar do médico: 'Ah,

tem um negocinho diferente aqui, mas não é nada não. ' Entendeu? Acho que não precisa de falar isso.

A omissão de informações do que acontecerá no parto também acompanham as gestantes, como contou Maria (casal 3): *“Não fala nada não (médico sobre o parto), só fala para mim ficar calma (risos) Fica calma que vai dar tudo certo”*. Luciana (casal 4) relatou:

Não, não falou nada não (médico sobre o parto). Agora que tava chegando no final da gravidez que eu falei para ele, tirando dúvidas mesmo, perguntando com quantas semanas é o parto normal, com quantas semanas é o parto cesárea. Aí foi quando eu falei que podia marcar minha cesárea que eu queria cesárea (...) A cesárea com 39 semanas ele já tirava, mas assim, explicar como que é, não.

Saulo (casal 4) reforçou a fala de sua esposa:

(...) porque se eu não fosse eu não tinha perguntado e até hoje ela não sabia sobre o parto, (...) ela não perguntava nada, então se o profissional antecipa isso, acho importante né, porque vai que o cara também não pergunta nada ou não vai, a mulher for sozinha?

Durante a gestação, a mulher assim como aqueles que a acompanham, tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela, com seu bebê e sobre o modo de sua participação. O profissional de Saúde tem obrigação ética e legal de oferecer-lhe informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e de dar-lhe a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas (Sodré et al, 2010). Assim, as formas de atuação do profissional médico na assistência ao parto são indispensáveis para que as mudanças de fato aconteçam na assistência e acolhimento das gestantes e familiares, uma vez que o peso da opinião médica e sua capacidade de convencimento da mulher é evidente diante um momento de fragilidade como o final da gravidez (Kingdon et al., 2009). Karla (casal 7) relatou:

Eu tenho expectativa que seja um parto normal. (...) É engraçado que só depois que você engravida é que você vai atrás de informação né? E isso é um erro! Hoje eu falo pra todo mundo: 'Gente busca informação antes' (...) mas eu tô tranquila e espero que vai dar tudo certo (...) Eu acredito em todos os benefícios que ele (parto normal) traz pra criança e pra mim (...) porque a gente sabe que ele vai nascer na hora certa, (...) eu acho que não basta nascer e depois ficar tudo bem, acho que ela (bebê) tem o direito de aproveitar o máximo de mim. Quanto ao pré-natal eu não tive nenhuma informação (...) pra mim as consultas foram todas iguais, não teve nenhuma diferença, a única diferença foi quando ele (médico) me perguntou se eu ia querer marcar o parto ou não, mas nenhuma informação sobre os prós e contras, pelo contrário, me diziam até que a cesariana seria o melhor (...) pela questão da estrutura, por hoje não precisar mais de tanto sofrimento que o parto normal pode causar e que hoje existem exames que podem comprovar se a criança está madura pra nascer então não tem um porquê de eu ficar esperando parto normal porque não vai influenciar na saúde da criança, foi o que me disseram, que não teria nenhum risco (...) quando eu disse que queria o parto normal, ele (medico) começou a falar algumas coisas mais bem superficialmente mesmo, nada aprofundado, tanto é que se eu não tivesse tido leituras por fora eu faria uma cesariana tranquilamente sabe, baseando na confiança que a gente constrói, ou ao menos espera do médico né? (...) enquanto eu estiver em casa em trabalho de parto eu vou contar com o apoio de uma amiga que tem o conhecimento na área, que é enfermeira, porque eu tenho receio de sentir as contrações e ao chegar no hospital com poucos centímetros acabar por desembocar numa cesariana, por acharem que o parto não vai evoluir e tal (...) eu acho que não vou saber a hora de ir, vou contar com ela.

Raquel (casal 5), com um parto normal anterior, contou:

Eu nunca tive uma cesárea, mas parto normal é uma dor que você vai sentir ali e depois que o bebê nasce passou, acabou, agora desse eu vou esperar pra ver (...) o Doutor Pedro falou pra mim: 'Não existe nem o caminho das pedras e nem o caminho das flores, todos os dois partos tem os seus benefícios e tem as suas partes difíceis, mas isso varia de cada organismo. O seu primeiro você disse que foi tranquilo (...) mas pode ser que desse agora seja ao contrário, ou você não dilata ou não sente contração porque cada gestação é diferente'. Aí eu vou aguardar, vamos ver, se não der aí eu passo pra uma cesárea (...) Eu tinha muitas dúvidas quanto aos tipos de parto, em relação a cesárea, quanto ao porte da cirurgia, eu tenho receio quanto a injeções, o corte, a recuperação, mas o parto normal os medos que eu tinha eu procurei esclarecer, que são as consequências depois, queda da bexiga, incontinência urinária, flacidez vaginal, então eu procurei esclarecer e vi que não é por decorrência do parto em si, mas é fortalecimento da musculatura né, e tem exercícios para isso (...) os médicos eles não falam muito a respeito, foi mais internet mesmo, lendo artigos científicos, conversando com uma amiga enfermeira que estuda sobre isso também, foi o que me ajudou bastante (...) Eu também não quero o piqui de novo (...) eu assisti muitos vídeos sabe e descobri que existe umas bolinhas de fazer exercício no períneo, daí eu fui e comprei pra tentar fazer (...) Eles (médicos) falaram que pode não dar parto normal também por ausência de contração ou não dá a dilatação que precisa, algum problema com a pressão também (...) , algum problema durante a gestação igual a diabetes por exemplo, é isso, o jeito é esperar e ver o que vai dar.

Ambos os relatos mostram a irresponsabilidade médica no repasse de informações, dando destaque para possíveis complicações do parto normal e omitindo tais complicações relacionadas ao parto cesáreo. Camuflam assim, a imposição do parto cirúrgico, deixando a mulher enganada

quanto ao seu poder de escolha. Contudo, nota-se o despertar de algumas mulheres quanto a essa manipulação voltada a esse tipo de parto, fragilizando a confiança na relação médico-paciente predominante até então. Resta buscarem por si próprias informações qualificadas que lhes permitam ter uma escolha consciente e livre do domínio do profissional médico, que em sua maioria apresenta discursos distante das práticas baseadas em evidências.

Camila (casal 1), uma das primigestas que também demonstrava desejo pelo parto normal, apoiava sua decisão nas experiências vividas por sua mãe, porém mostra que é influenciada por várias pessoas do seu convívio. Ela contou:

As pessoas hoje em dia te aterrorizam tanto com o parto normal (...). Minha mãe teve três partos perfeitos assim, mas o povo hoje tem uma coisa do parto normal que você fica com medo (...) acho que daqui uns anos nem vai existir mais parto normal, porque assim, as mulheres estão cada vez mais acomodadas, mas imaginar mesmo como que vai ser, eu queria que chegasse lá e já nascesse né? Mas, não consigo imaginar nada ainda.

Ela demonstra medo na sua escolha quando ouve falas de terceiros, e esse bombardeio de informações cotidianas interferem e influenciam sua escolha de algum modo. Diante da escolha de Camila (casal 1), Geraldo (casal 1) se contrapõe: “(...) a gente é muito aberto, a gente respeita muito o espaço um do outro (...) eu falei pra ela, por mim fazia cesárea. Eu acho que cesárea é mais tranquilo, você marca, vai lá, faz e pronto. ” O respeito descrito por Geraldo, sugere o reconhecimento da autonomia da mulher no que acontecerá com seu próprio corpo, ainda que o mesmo discorde da sua decisão. Ao retratar a cesariana como um processo mais “prático”, desconsidera seus riscos e comorbidades, talvez por desconhecimento ou ainda pela cultura da cesariana que cerca o contexto em que está inserido (Faúndes & Cecatti citado por Gama et al, 2009).

Já as outras gestantes que optaram pelo parto cirúrgico (cesariana) tiveram justificativas diversas para apoiarem suas escolhas. Patrícia (casal 2), que estava na quarta gestação, disse:

Não senti nem a dor do parto, nem a dor da contração, porque o primeiro não dava normal, o segundo também não, tava tudo sentado e o terceiro já não podia, então eu nem tive que esperar a dor. Marcou e eu fui e fiz, pronto. E esse também já tá marcado, (...) agora parto normal, não tem essa opção.

Maria (casal 3), também multigesta, relatou:

Eu já tive uma gestação que eu perdi, então eu já tenho cinco cortes, então eu nem posso ter parto normal. Fiz três cesáreas, depois eu fiz abminoplastia e depois eu tirei um ovário, então já vou pro sexto corte, então eu não posso ter parto normal.

A fala de ambas é finalizada com a certeza da falta de possibilidades para uma escolha frente aos seus históricos obstétricos. Muitas mulheres são submetidas a uma primeira cesárea sem necessidade e a repetição da cesariana não é um procedimento desprovido de riscos e nem mais seguro que um parto normal, como discursado por um grande número de profissionais da área e acabando por se disseminar nos discursos populares. Maria (casal 3), assim como Patrícia (casal 2) sugerem em suas falas um “perigo” para o parto normal enquanto que a cesariana é tida como o meio mais seguro, o que caracteriza um discurso cesarista e ainda contextualizado dentro dos serviços de saúde (Gama et al, 2009).

Já Luciana (casal 4), primigesta, descreveu sua escolha pela cesariana como preferência, por “medo da dor” do parto normal. Ela contou:

Eu acho que eu até conseguiria o parto normal sabe, mas acho que é porque eu tenho medo de dor (...) eu sei que a cesárea depois também vai doer e tudo, mas eu não vou sentir a dor ali né? É medo de não dar conta né? (...) é medo mesmo, da dor que eu possa sentir.

Diante da fala de Luciana, nota-se a descrição do medo como fator determinante para a sua escolha, o que sugere insegurança para a tomada de decisão. Informações limitadas quanto aos tipos de parto pode ser um dos fatores que levam a sentimentos como esses. Saulo (casal 4) se posicionou:

Eu incentivei ela a fazer parto normal sabe, (...) mas só que ela tem medo. Acho a cirurgia muito agressiva, assim, eu não sou a favor daquela cirurgia (...) acho que o parto normal é mais rápido a recuperação né? Mas a gente vê caso que o parto normal também é muito perigoso né, dá medo se não dar certo. Se Deus preparou a cesárea, deixa a cesárea que vai dar tudo certo.

O esposo inicia a sua fala com elogios a um tipo de parto e finaliza com um discurso conformado e rodeado por incertezas quanto ao parto normal a princípio defendido. O respeito pela decisão da esposa e por seus sentimentos nesse caso, parece ser mais pautado numa insegurança das reais vantagens e desvantagens de cada opção de parto existente, preferindo mais uma vez se apoiar na fé como garantia que tudo terminará bem.

Taís (casal 8), também primigesta, contou:

Eu quero cesariana, (...) eu tô com muita expectativa, mas com um pouco de medo também porque querendo ou não é uma cirurgia né? (...) Um das coisas que me fez optar pela cesárea é a minha idade, porque com o parto normal tem mais chances de dar alguma coisa errada, e a outra coisa é a exaustão de um trabalho de parto, porque eu sei que no primeiro filho pode ficar até mais de um dia, e a médica me esclareceu também que só tem como saber se eu tenho abertura, passagem quando eu entrar em trabalho de parto, e se for tudo bem é mais fácil, mas se demorar aí pode ser mais difícil, aí eu preferi a cesariana mesmo, que apesar o corte assim, eu já decidi que vou fazer um resguardo bem quietinha assim.

Seu esposo Luís (casal 8) falou:

Eu acho que não faz sentido o que a maioria dos hospitais públicos fazem, pelo menos que a gente ouve por aí, em deixar a mulher esperar horas um parto normal e depois dela ter sofrido até, mandarem ela para uma cesárea. Então antes fazer logo a cesárea de uma vez do que ficar nessa agonia e correndo esse risco né? (...) o psicológico da Tais está preparado pra cesariana e quando é assim nem adianta forçar outra coisa.

Dias et al. (2008) diz que dentre os fatores que influenciam a decisão pelo tipo de parto destaca-se a informação prévia sobre os mesmos. Estes autores discutem a existência de uma elevada proporção de mulheres que referem o medo da dor do parto normal como justificativa para a escolha de um parto cesáreo, desconsiderando a disponibilidade atual de analgesia peridural e de outros métodos não farmacológicos para alívio da dor existentes. De acordo com Dias e Deslandes (2006), as mulheres não conhecem a proposta de humanização da assistência ao parto ou mesmo às normas do município para este momento, e sem as informações necessárias sobre as diferentes formas de cuidado, a única possibilidade que resta é a conformidade com o cuidado “tradicional” oferecido.

Conforme ressalta o Ministério da Saúde, no tipo de parto estão implicados necessidades, riscos e benefícios, complicações e repercussões futuras, sendo importante a informação e formação de opinião principalmente entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que é melhor para a sua saúde e a de seus filhos (Brasil, 2001). Embora profissionais e mulheres façam a opção antecipada do tipo de parto, esse fato não pode ser visto como uma simples questão de preferência. No setor privado, a maioria das mulheres escolhe uma cesárea por ter acesso a informações parciais e por serem pouco orientadas sobre as evidências de segurança e satisfação. Ignoram assim, os múltiplos fatores envolvidos nessa decisão, restringindo os seus critérios de escolha à ausência de dor, previsibilidade e rapidez (Sodré, Bonadio & Mereghi, 2010).

Nota-se a necessidade de trabalhos educativos voltados para os médicos que estão desatualizados em suas práticas, assim como a conscientização para um atendimento com qualidade, que acolhe e empodera a mulher e sua família. Além disso, é emergente a repreensão e punição daqueles que mesmo cientes da assistência atualizada ao parto nos moldes da humanização, insistem em se beneficiar com o agendamento desnecessário de cirurgias para o parto, buscando a comodidade pessoal, com uma agenda organizada e uma lucratividade aumentada.

Sobre a data do parto, Luciana contou: “(...) *Por causa do feriado né, ele antecipou um pouquinho (...) eu tô achando até bom porque a gente fica ansiosa pra ver o rostinho e o final é muito difícil né, pra dormir, a gente sente muito incômodo*”. A busca pelos próprios interesses fica evidente nas condutas de alguns profissionais de saúde que negligenciam a fisiologia da gestação e o tempo de duração da mesma, interrompendo-a sem indicações clínicas. As gestantes, por sua vez, acabam por conformar e aceitar a decisão do obstetra, ficando passivas, não conhecendo muitas das vezes os riscos e implicações que a interrupção da gravidez sem indicações reais pode gerar.

Vários epidemiologistas acreditam que a causa de aumento do parto prematuro pode ser atribuída à antecipação do parto por cesariana ou por indução ao parto. Moreira (2014) afirma que a cesariana, apesar de salvar mães e bebês quando bem direcionada, vem sendo usada em indicações clínicas abusivas, com aumento de marcações para datas conhecidas como cabalísticas (11/11/2011, 12/12/2012) ou similares (13/03/2013, 15/05/2015) em maternidades privadas, além do excesso de marcações em pré-feriados, especialmente antes de feriados prolongados.

Moreira (2014) traz ainda que o elevado número destas cesáreas eletivas antes de 40 semanas, duração esperada e desejada de uma gravidez, tem ocasionado a ocorrência do nascimento de bebês “termo precoce”, aqueles que nascem após 37 semanas, mas antes das 39.

Esses bebês de 37 e 38 semanas têm maiores chances de sofrer uma série de ocorrências indesejáveis como necessidade de ressuscitação, de internação hospitalar e consequente separação da mãe por hipoglicemia, hipotermia, sofrimento respiratório, icterícia e dificuldades alimentares. Consequentemente, o desmame precoce, a rehospitalização e as alterações cognitivas podem acontecer, podendo prejudicar dentre outras coisas, o aprendizado na fase escolar.

Ainda para a autora, a maioria dos pré-termos tardios (cerca de 80%) tem curso neonatal sem complicação, contudo, quando comparados com os de 39 a 41 semanas, sua probabilidade de sofrer algum tipo de morbidade a curto e longo prazo já é comprovadamente maior. Na medida em que a idade gestacional avança em direção às 40 semanas, os riscos à saúde vão diminuindo. Assim, evitar a interrupção da gravidez numa etapa da gestação em que o recém-nascido ainda não esteja pronto pode fazer diferença na saúde dos bebês.

Outro aspecto relevante nas falas dos entrevistados, ao se tratar do discurso dos profissionais de saúde que os atendem, são as indicações de cesariana apresentadas. Maria (casal 3) relatou: “ (...) *mas a médica disse que também não dá parto normal porque ela tá sentada e já marcou a cesárea.* ” João (casal 3) confirmou: “ *Uai, a médica falou que não vai dar parto normal pela posição do bebezinho, aí ela falou que tem que ser cesárea. Ela falou: ‘Vamos até marcar já, pro dia 26’ Ela (médica) até achou que ia ser antes ainda, mas tá até segurando né?’* ”

Muitos obstetras não têm o treinamento e a prática necessária para a condução do parto normal, especialmente pélvico, de forma que irão preferir a cesariana para reduzir os riscos neonatais. Entretanto, o parto vaginal programado pode ser sim uma alternativa, seguindo diretrizes específicas para a condução do parto pélvico. Os médicos possuem limitações técnicas quanto a realização do parto normal devido a limitações na sua formação profissional, sendo as altas taxas de indicações cirúrgicas do parto decorrentes também de questões ligadas à formação

médica e às tendências culturais da assistência, o que caracteriza um tema de grande complexidade na prática obstétrica (Dias & Deslandes, 2006; Patah & Malik, 2011).

Ainda assim existe a possibilidade de prevenção do nascimento pélvico, por meio da versão cefálica externa (VCE) a partir da 37ª semana de gestação. Diretrizes como as do National Collaborating Centre for Women's and Children's Health do NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2004) recomendam que a versão cefálica externa nas apresentações pélvicas deva ser tentada nas gestações únicas, não complicadas com até 37 semanas. Exceções incluem mulheres em trabalho de parto, com cicatriz ou outra anormalidade uterina, algum comprometimento fetal, hemorragia vaginal ou alguma condição médica (Souza et al, 2010).

É importante destacar a falta de informação qualificada, a baixa participação do médico como fonte desta informação e a falta de intercorrências médicas que justifiquem a indicação de uma cesariana. Da mesma forma, verifica-se que o incentivo à opção pelo parto normal, como recomendado pelo Ministério da Saúde, não tem acontecido, evidenciando que os obstetras não valorizam as possíveis morbidades associadas à cesariana. Foi notório que no atendimento pré-natal surgem questões que conduzem a indicações de cesarianas desnecessárias (Hopkins, 2000).

O ministério da Saúde (Brasil, 2012a) traz como objetivo do atendimento pré-natal “assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (p. 33). Assim, nota-se uma negligência dos aspectos psicossociais e das atividades educativas, com a predominância de conversas assistemáticas dentro dos consultórios e salas de exames, deixando as gestantes confusas, inseguras e sem preparo para vivenciar o momento do parto como protagonista.

Diante de reclamações por parte dos médicos, que recebem o mesmo valor dos convênios, pelos dois tipos de parto, sendo que uma cesárea exige cerca de duas ou três horas de trabalho e acompanhar um parto normal pode levar mais de oito horas, além do que muitas

cesáreas são agendadas, enquanto em um parto normal a hora do nascimento é imprevisível, a Justiça Federal determinou em Dezembro de 2015, que a ANS cumpra, no prazo máximo de 60 dias, com algumas regulamentações e solicitações, sujeita a multa diária de R\$ 10 mil, em caso de descumprimento. As solicitações são: pagamento de no mínimo três vezes mais em relação à cesárea, no prazo máximo de 60 dias, para os profissionais de saúde da rede particular que atendem por convênios e auxiliem em um parto normal; criação de indicadores e notas para as operadoras de planos privados, conforme suas ações para reduzir o número de cesarianas e o credenciamento e abertura para a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetrites no acompanhamento de trabalho de parto e no parto em si pelas operadoras de saúde de planos privados e hospitais, a fim de facilitar o trabalho do médico, que pode se dedicar aos casos mais delicados.

Contudo, é preciso se atentar com a qualidade de assistência e atenção ao parto, visto que não basta melhorar as taxas de parto normal, mas a principal preocupação é a forma como esses partos acontecerão. Jones (2015) alerta ainda sobre a necessidade de estabelecer uma leitura subjetiva de cada nascimento, lidando com cada mulher como a primeira e última a parir naquele tempo, espaço e formato, valorizando a singularidade do momento. A atenção que se dá ao parto precisa de uma combinação complexa de vários elementos, tais como conhecimento técnico-científico, atenção, paciência, sensibilidade, disponibilidade e uma inabalável fé nas habilidades femininas de gestar e parir.

Ao reconhecer tais complexidades e dificuldades da atenção ao parto, o médico e escritor mostra um receio quanto as iniciativas que apenas oferecem incentivos econômicos aos profissionais, desconsiderando as muitas complicações que um parto normal pode desembocar diante uma má assistência e intervenções desnecessárias, como o uso indiscriminado de ocitocina durante o trabalho de parto, o anacronismo da posição de litotomia, o uso inadequado de forceps, de kristeller e episiotomias sem reais indicações. Jones (2015) completa: “*Oferecer a atenção ao*

parto aos profissionais duramente treinados na intervenção é pedir para que a fisiologia sofra a metamorfose para a patologia e essa, por sua vez, se transforme em intervenção”.

Dessa forma, é preciso se atentar para que as medidas da ANS sejam acompanhadas de um questionamento mais profundo quanto à formação de profissionais e a multiplicação dos mesmos a fim de comporem o novo cenário da assistência ao parto. Sem uma importante redefinição do que seja "parto normal", e sua aproximação com o conceito de parto humanizado", pode-se ter muitos problemas com a realização de assistências equivocadas. Apesar de limitada, a medida deve ser reconhecida como um avanço, contudo, ciente que há muito mais a fazer (Jones, 2015).

Práticas educativas voltadas para a mulher e para a população geral também se faz necessária, a fim de divulgar informações sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, sobre as práticas assistenciais disponíveis, incluindo os métodos para alívio da dor. Estes por sua vez são de extrema importância, uma vez que permite a mulher ter uma decisão mais precisa e um poder de escolha consciente.

Helena (casal 6) que teve o seu primeiro parto normal, indo em busca de um atendimento humanizado desde o princípio, espera novamente pelo mesmo tipo de parto com uma assistência humanizada. Ela relatou:

Pra mim não foi tranquilo o primeiro parto, acho que a gente idealizou muito essa questão do parto humanizado (...) hoje eu acho muito romantizado essa questão do parto, principalmente nos vídeos que a gente vê que estão na internet disponibilizados, então como estão editados a parte que mostra é a parte bonita né? (...) eu nunca tinha presenciado um parto (...) antes acho que as mulheres tinham uma percepção melhor desse momento por ouvir a mãe contar como foi assim, já eu não tive isso, igual minha mãe tem 4 filhas, todas cesáreas, então o contato que eu tinha de parto normal era mínimo assim (...). No primeiro parto, (...) nós queríamos

muito o parto em casa e só cogitamos ir para o hospital caso surgisse algum risco de vida pra mim ou pro bebê assim (...) No meu inconsciente, consciente, não sei, ia ser tudo tranquilo, hora nenhuma passou pela minha cabeça que existia uma dor tão forte assim (...) Todo mundo fala que depois a gente esquece né? Depois que a Rebeca fez 1 ano que a gente decidiu 'vamos fazer de novo' deve ser porque é verdade (risos) e desde então estou me preparando o tempo inteiro para isso, eu sei que não vai ser o tempo inteiro de dor, mas que nessa dor que vier eu seja mais controlável (...). A nossa doula é psicóloga também e tem feito um trabalho em relação a isso (dor) do primeiro parto e hoje eu já reconheço muitas coisas que contribuíram para ter sido mas dolorido e traumático para mim (...) Não tenho mais uma expectativa romantizada, mas espero que seja mais tranquilo que o primeiro, estamos nos preparando melhor para isso agora (...) Que tenha dor, mas sabemos que essa dor é necessária (...) e nós já temos o plano B que é a analgesia, a gente sabe que a analgesia pode desencadear outras intercorrências que a gente não quer, e por isso vamos tentar segurar o máximo (...). Quanto a cesárea eu acho que eu não sei como eu lidaria porque acho que pode ser um trauma maior do que a dor do parto (...). Eu sei que cientificamente o parto normal é o melhor pra mim e para o bebê (...) Durante os pré-natais agora focamos mais em aspectos fisiológicos (...) tanto do parto quanto da gestação em si, (...) e me ajudou ainda mais a conhecer meu corpo e entender como acontece todo o processo (...) as consultas são totalmente diferente de qualquer outra, tipo com duração de 1 hora, 1 hora e meia, sem contar que médico vai na sua casa pra te consultar, que médico que depois do parto vai até você pra saber como está, ver se está tudo bem e conversar (...) Nós chegamos a acompanhar pela rede pública também, só que é um atendimento muito

mecanizado (...) são muitas mulheres para se atender em pouco tempo (...) muito demorado pra marcar consulta e as vezes remarcavam pra um dia que eu não podia.

Em geral, as consultas pré-natais caracterizam-se como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, com priorização do cumprimento de protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas, negligenciando assim toda a amplitude de cuidado que deveria ser dispendido à gestante e seus familiares. Nesse sentido, a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da assistência, sendo o “plano de parto” um instrumento educativo de alto potencial, porém ainda pouco desenvolvido entre as mulheres. Nesse planejamento, profissionais e usuárias - gestante ou casal - estabelecem vínculos com o serviço de saúde, para determinar onde e por quem o parto será realizado e conhecem as alternativas possíveis de assistência, em situações normais e no caso de surgirem complicações (Oliveira et al., 2002).

Assim, o fornecimento de informações qualificadas às mulheres durante a gestação deve ser uma alternativa, inclusive sobre os tipos de parto, visto os resultados psicossociais positivos a elas associados. A possibilidade de uma mudança no padrão de oferta dos serviços de atenção ao parto, com as mulheres apropriadas de informações e conhecimento se tornam mais facilitados (Dias et al., 2008).

Albuquerque et al. (2011) afirma que durante o pré-natal a mulher grávida não é preparada psicologicamente para o parto, pois o medo e a insegurança que toda grávida experimenta são mais estimulados do que atenuados no pré-natal e no meio social em que ela vive. Segundo Ministério da Saúde, o pré-natal é um momento facilitador de informação e tem como função favorecer o diálogo entre o profissional de saúde, a mulher e seu acompanhante durante todo o período gravídico, incentivando-os, orientando-os e esclarecendo-lhes as dúvidas e temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério ou intercorrência que possa surgir no decorrer deste processo.

O pré-natal denominado de humanizado visa exatamente toda essa ideia de empoderamento da gestante e seus familiares, com informações qualificadas que os tornem capazes de decidir o melhor para si mesmos assim como para o bebê, contando com a inserção de outros profissionais no contexto do nascimento, como enfermeiros e doulas. Para Zampieri e Erdmann (2010), o cuidado humanizado no pré-natal é essencial para um nascimento saudável, para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura de todo o processo de nascimento que abrange desde a pré- concepção até o pós-parto.

6.1.3. Expectativas quanto ao acompanhante na hora do parto

Segundo Rattner (2009 e 2009a), a presença de um acompanhante de escolha da mulher é considerada a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem-sucedido. Mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram probabilidade reduzida de receber analgesia, de ter parto operatório, e relataram maior satisfação com a experiência do parto. Esse suporte emocional estava associado com benefícios maiores quando quem o provia não era membro da equipe hospitalar e quando era disponibilizado desde o início do trabalho de parto. Dessas evidências deriva a Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante (Brasil, 2005).

Contudo, após dez anos de vigência dessa lei no Brasil, ainda se nota o desconhecimento por parte do público a qual a mesma beneficia. No presente estudo, apenas duas gestantes e um pai, de diferentes contextos, tinham ciência da lei no Brasil. Uma das gestantes a conhecia por experiência de um parto anterior recente, a outra gestante foi durante busca de informações com uma amiga profissional de saúde, e o pai por ser um profissional de saúde e ter acesso a

instituições que prestam tais serviços. As outras seis gestantes, assim como os outros sete pais entrevistados relataram não terem sido informados pelos profissionais sobre a lei.

Quando questionadas sobre o desejo em ter um acompanhante junto de si na hora do parto, notou-se que foram produzidos dois discursos diferentes pelas gestantes, sendo um deles marcado pela negação do desejo, como contam Camila (casal 1): *“Eu acho muito feio. Eu acho desnecessário, não quero não (...) tanto a cesárea quanto o parto normal eu acho que não precisa de testemunhas não, deixa só os médicos ali presenciando mesmo”*, e Maria (casal 3):

(...) eu acho que na verdade nem precisa, porque uma pessoa de fora a gente nem sabe se vai tá preparada né? Senão também vira uma bagunça lá na hora, (...) o outro passa mal lá na sala de cirurgia, lá do seu lado e você não pode fazer nada.

E Raquel (casal 5):

Se o parto for cesárea eu acho que sim (presença de acompanhante), mas se for normal eu acho que não (...). A cesárea, por ser um procedimento cirúrgico eu não vou dar vendo nada e nem o acompanhante e é mais tranquilo o parto, no sentido que eu não vou estar ali sentido dor, não vou estar remoendo, remexendo, agora parto normal, quem ficou comigo a primeira vez foi a minha mãe, então assim, eu não sabia se eu retorcia na cama de dor ou se eu acudia minha mãe, que ela tava desesperada tadinha, e não sabia o que fazia.

Em contrapartida, outras gestantes relataram a importância da presença de um acompanhante nesse momento, como contam Tais (casal 8): *“Por mim ou meu marido ou minha mãe, qualquer um os dois vão me fazer bem na hora, o que eu quero é alguém comigo pra mim não ficar sozinha (...) Eu acho fundamental principalmente porque eu morro de medo desses trem de trocar neném, eu já falei pra ele (pai), você vai atrás, acompanha e não deixa eles sozinhos com ela (bebê) não (risos) ”*, Patrícia (casal 2): *“ É uma segurança a mais né? Você entrar sabendo que tem uma pessoa ali que tá preocupada, que tá toda hora em cima e você tá*

lá pra ganhar seu filho e sabe que a pessoa tá lá te olhando, nossa! É muito bom! ” Karla (casal 7):

Vou contar com a presença do meu marido comigo. Pra mim é mais que uma segurança é um apoio único assim e ele faz parte do processo também (...) Acho muito importante porque é um momento que você fica vulnerável né, e não está só a sua vida em jogo mas tem uma outra ‘vidinha’ também. E você fica muita ansiosa também então é importante você ter uma pessoa que você tenha vínculo ali né, para que você possa confiar que ela pode te ajudar né, saber que você pode falar o que quer pra ela né? Eu não consigo imaginar eu em qualquer procedimento na hora o parto sem um acompanhante que eu verdadeiramente conheça assim e que eu confie.

Luciana (casal 4):

O Saulo eu já falei para ele aguentar (...) porque hoje ele é a pessoa mais importante pra mim né? E é o pai do meu filho e assim, eu acho que tem que participar desse momento(...) eu confio nele né, assim, eu falei: Saulo, hora que o neném nascer você já vê lá né, como está o neném, se pôs a pulseirinha ne, pra ele acompanhar, porque eu não vou ter como acompanhar né?(...) a gente se sente mais seguro né? Porque se não tiver ninguém lá acompanhando o que esses profissionais podem fazer? Tendo alguém ali por perto fica mais seguro né, fica vendo o que está fazendo, então acho válido, muito importante mesmo.

E Helena (casal 6):

Pra mim o melhor acompanhante é o pai mesmo, é até um dos motivos pela nossa escolha pelo parto domiciliar, pra que ele acompanhe todo esse processo né? (...). Eu sei que muitos hospitais não permitem a entrada do pai, até mesmo alguns de referência (...) acho que o acompanhante tem papel mais que psicológico, ele tem um papel e proteção pra mulher inclusive, pra não deixar fazer com ela aquilo que ela

não quer (...) é triste ver essa proibição. O apoio do marido pra mim é muito importante, até porque eu não tenho ninguém que esteja tão próximo de mim quanto ele.

Quanto aos pais, quando questionados sobre a vontade em assistir o nascimento de seus filhos, a maioria demonstrou o desejo, como contam Célio (casal 5): “ Se for cesárea eu vou acompanhar, se for normal, não! (...). Ela que prefere assim (...). Eu quero acompanhar de qualquer jeito, mas tento ficar do lado dela, o que eu mais quero é que ela fique segura e confortável. ”, Saulo (casal 4):

Ela vai sentir mais segura né? Meu filho vai sentir a presença dos pais ali, porque com certeza ele nesse momento já está sentindo tudo né, e os médicos não vai fazer nenhuma besteira, senão eu arrebento eles no meio tudo (risos).

Caio (casal 7):

Eu sempre quis acompanhar o nascimento do meu bebê (...) acho que é um momento mágico e minha preocupação é com ela e o bebê. É claro que não tem como eu influenciar tanto porque tá tudo na mão do médico ali né mas acho que ao menos acompanhar é importante sim, (...) pegar na mão dela, alguma coisa assim.

E Nélcio (casal 6):

Eu nunca considerei outra opção, sempre considerei minha presença em todo o tempo do lado da Helena, (...) minha prioridade é essa (...) desde o trabalho de parto até depois (...) por ser pai (...). Confesso que na primeira vez eu me senti um pouco sem saber o que fazer (...) e não sabia nem como pegar direito na Helena, porque a dor é muito intensa, a massagem ajuda mas eu não soube colocar a força adequada (...) a gente até conversa com a doula sobre isso, mas entendi que o importante é eu estar ao lado acompanhando, não necessariamente ajudando com a mão na massa, mas estar presente no sentido de passar segurança e tranquilidade para ela e pra

mim ficar mais tranquilo também estando ali presente, melhor do que ficar imaginando alguma coisa acontecer e eu não estar lá.

Os outros três pais não mostraram pretensão em assistir o parto de seus filhos, como conta João (casal 3): “ *Oh, com sinceridade não, não! Eu já vi tanta gente batendo foto e assim, pra mim não.* ” Geraldo (casal 1) justificou sua escolha em experiências anteriores vividas no ambiente hospitalar:

(...) eu tenho trauma de hospital, então o máximo que eu puder evitar ir ao hospital eu vou evitar (...) claro que eu vou levar, vou acompanhar, mas eu não acredito que eu vá ficar lá na sala de parto, isso aí eu acho que não tem necessidade.

Contudo, ao saber da lei reflete sobre a possibilidade de sua participação e relata: “*(...) as pessoas são muito mal informadas, muito mesmo. Tanto que a gente tá nesse ponto, (...) por ter muita gente desinformada (...) assim, nunca me peguei pensando assim. Sei lá*”.

Outros pais refletiram sobre a lei após o seu conhecimento e relataram as informações recebidas sobre esse momento, como Caio (casal 7): “ *Eu imagino que eu vá passar mais segurança pra ela, (...) mas uma orientação de que é importante eu lá com ela por esse ou aquele motivo ninguém me passou não, é só o que eu imagino mesmo*” e Célio (casal 5):

Pra mim enquanto acompanhante ele (médico) não falou nada não sobre o parto e minha presença ali (...) Sei de muitas instituições que não deixam né o pai ver o parto, e saber dessa lei é um respaldo né, e me permite correr atrás do meu direito se eles não me deixarem ir na hora

Uma vez que não possuem conhecimento das possibilidades dentro da sala de parto e sobre as leis que os respaldam, os pais ficam sem a autonomia de escolha e sem condições para uma decisão consciente. Visto que já estavam ao final da gestação, observa-se uma falha na transmissão do conhecimento, pautada em omissão de informações, e com uma comunicação profissional-paciente predominantemente verticalizada. Tal fato sugere ainda uma deficiência de

divulgação pela mídia, bem como pelos serviços de saúde, conforme já destacado no estudo de Tomeleri et al. (2007). Consequentemente demonstraram pouco conhecimento sobre o objetivo de sua presença no local, relacionando-a com um papel fiscalizador de possíveis erros na assistência prestada. Nota-se assim uma necessidade de maior divulgação da Lei do Acompanhante durante o acompanhamento de pré-natal, assim como o preparo do mesmo nas unidades básicas de saúde e maternidades (Frutuoso & Brüggemann, 2013).

Perdomini e Bonilha (2011) alertam para a necessidade de informar ao pai a possibilidade dele acompanhar a mulher durante o trabalho de parto e parto e para a importância de prepará-lo, ao longo do período gestacional, durante as consultas de pré--natal, em conjunto com a mulher, para que o mesmo saiba como lidar com esse momento. Constatou-se ainda que a experiência de vivenciar o processo de nascimento pode se tornar uma lembrança traumática para o pai quando este não se encontra em condições para tal. Beto (casal 2) já tivera a experiência de acompanhar o parto da última gestação de sua esposa, e mesmo assim desconhecia sobre a lei. Contudo, conta que sua experiência não foi muito boa:

Nossa! Minha pressão baixou (...) porque assim, você vê praticamente tudo, eles te chamam hora que o neném já está no braço da enfermeira né? Só que você vê né? Que tá aberto lá, e no eu ver, acho que foi porque ela deu hemorragia, que a doutora tava com bastante pano ao redor dela com muito, muito sangue ao redor (...) ai me deu uma coisa muito ruim (...) passei mal mesmo (...) eu pedi pra sair da sala: eu não dou conta de ficar aqui não.

Por esse fato, Beto afirma não querer assistir novamente o parto, agora da atual gestação de sua esposa: “ (...) vou levar a minha mãe ou a dela porque eu não quero assistir o parto, (...)porque eu acho assim, a pessoa fica mais tranquila sabendo que tem uma pessoa perto, sente mais segura também né? ”

Piccinini et al (2004) abrange a discussão quanto a presença do pai durante o parto e dentre suas afirmações traz a necessidade de treinamento e apoio para o mesmo a fim de que seja uma experiência positiva. Contudo, não se tem um preparo desse homem e quando há, a maioria deles costuma ficar pouco à vontade nas sessões de preparação para o parto, sentindo-se deslocados. Dessa forma, cabe ao profissional de saúde buscar estratégias que insiram esse pai no aprendizado para este momento, visando seu bem-estar.

6.1.4. Expectativas quanto ao primeiro encontro com o bebê

As expectativas de mães e pais quanto ao primeiro encontro com seus bebês não foi abordada diretamente durante as entrevistas, contudo, notou-se a importância desse momento diante das falas de alguns pais e mães.

Caio (casal 7) relatou: *“Quando ele (bebê) nascer imagino que vão entregar pra mãe e eu ali junto partilhando desse momento, abraçados, e curtindo um pouquinho o bebê né, mas detalhes assim, eu não sei como vai ser”*. Saulo (casal 4) disse:

Acho que vou chorar junto com ele (bebê). Deve ser muita emoção né? Ver seu filho nascendo ali (...) mas vou tentar me controlar e ficar de olho nele (...) gravar bem o rostinho dele pra não ter perigo de trocar ele com outro né? (risos)

Taís (casal 8) contou:

Eu tô com muita expectativa porque ela (médica) disse que vai fazer como se fosse uma cabaninha pra ela (bebê) ficar pelo menos uns dois minutos comigo lá, quanto ao cordão ela disse que vai esperar parar de pulsar pra cortar né se correr tudo bem

Foram encontrados vários estudos que tratam das expectativas e a realidade do primeiro encontro com os bebês, porém de pais que vivenciavam a prematuridade ou alguma deficiência física (má formações) nos mesmos, além de aspectos mais gerais que abordam o bebê imaginário

e o bebê real (Lopes et al, 2005; Gomes & Piccinini, 2010; Schmidt et al, 2012). Contudo, ao se tratar da maioria dos bebês que nascem e são saudáveis, nenhum estudo foi encontrado permitindo uma discussão mais profunda quanto a esse primeiro encontro logo no nascimento, tratando do contexto em que esse bebê é recebido por seus pais.

Diante das expectativas descritas por mães e pais no presente estudo, notou-se a importância atribuída a esse momento e tamanha a responsabilidade dos profissionais de saúde que participam do parto, no sentido de proporcionar segurança e um ambiente acolhedor para que esse primeiro encontro dos pais com o bebê aconteça. A expectativa dos pais em receber o bebê nos braços em um ambiente mais próximo do familiar é notória e a falta do repasse de informações sobre esse primeiro encontro também é existente, apesar de algumas promessas serem relatadas.

6.2. Das expectativas à realidade vivida no parto

Chegada a hora do parto, as gestantes e seus companheiros vivenciam a real experiência do nascimento de um filho, o que pode ou não coincidir com o planejado e esperado por eles até então. Diante das possibilidades de vivenciar esse instante e visto os muitos fatores que o envolvem, optamos por discuti-los separadamente, a partir dos seguintes temas: Momentos antes do parto; Tipo de parto vivenciado, Presença do acompanhante durante o parto; e Relação entre mãe, pai e bebê na hora do parto.

6.2.1. Momentos antes do parto

A preparação para ir para a maternidade é marcada por sinais indicativos de que o momento do parto está próximo. Este período é vivenciado de formas distintas, variando de

mulher para mulher, de pai para pai e diferindo ainda a cada gestação. São muitos os fatores que influenciam a forma como os pais vão lidar com esse momento, abarcando não só as particularidades do casal, como também fatores externos aos mesmos, como a interferência do meio em que estão inseridos. A vivência que a mulher terá neste momento será mais ou menos prazerosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, dependendo de fatores intrínsecos à mulher e à gestação, assim como aqueles diretamente relacionadas ao sistema de saúde (Brasil, 2001).

O presente estudo observou três formas claras de vivência do período antecedente ao parto, sendo: uma aparentemente mais previsível, objetiva e rápida, característica dos casais que optaram pela cesariana eletiva com hora marcada; uma segunda forma um pouco mais complexa, imprevisível e demorada, característica de mulheres que entraram em trabalho de parto pela primeira vez, por escolha em esperá-lo ou não; e por fim casais que vivenciavam a repetição de um parto normal, e que apesar de não preverem o momento exato do nascimento, já conheciam o processo pelo qual passariam, demonstrando um percurso menos conflituoso.

No relato daquelas que esperavam cesarianas eletivas notam-se semelhanças, como descritas na fala de Maria (casal 3): “ *Eu internei as 7 da manhã mas tinha 2 na frente, eu fui pro Centro Cirúrgico já era 8 e meia (...) fiquei lá esperando e foi tudo tranquilo (...) ele nasceu acho que não foi nem meia hora*” e Luciana (casal 4) também contou:

Eu dormi bastante ansiosa no dia anterior (...) tinha que tá 6 horas da manhã lá (hospital), (...) eu cheguei, logo eles me levaram, a enfermeira veio e já me buscou e eu já troquei de roupa (...) o anestesista chegou, já me aplicou a anestesia, nisso o meu médico já chegou, entrou e logo o Cauã já nasceu, foi muito rápido assim, eu achei muito rápido.

Copelli et al. (2015) apontam como um dos motivos da preferência de gestantes pela cesariana agendada, essa previsibilidade da hora do parto, o que presume em uma organização,

comodidade e uma possível preparação para a vivência desse momento. Contudo, muitas mulheres desconhecem a possibilidade de um pós-parto com dores e uma recuperação mais lenta e difícil. Esse fato contraria a ideia de um parto cesáreo sem dores, rápido e prático, sendo tais características limitadas ao momento do parto, com o quadro posterior ao mesmo dificultoso, com uma recuperação dolorosa, lenta, imprescindível de ajuda para volta da rotina diária e cuidados com o bebê, além dos riscos inerentes à cirurgia (Gama et al, 2009). Outro fator passível de discussão é o termo “muito rápido” atribuído à cirurgia pelas mães. As mesmas demonstram um estranhamento quanto ao curto tempo em que a cirurgia é feita, sugerindo um descontrole da situação e reforçando a desapropriação da mulher no parto.

Já as mulheres que entraram em trabalho de parto pela primeira vez relataram uma trajetória antecedente a maternidade um tanto árdua, que nos abre o leque para diversas discussões. Patrícia (casal 2) relatou sua experiência:

Estava marcado pra Sexta Feira que eu ia tirar ela, daí eu comecei a passar mal no Domingo (anterior), com contração. Só que aí eles (UAI Martins) não queriam tirar porque já tinha marcado. Aí eu tava com contração e a pressão alta, minha pressão tava 16, tava passando mal, mas não tinha vaga (...) Ai na Terça feira era 7h minha consulta ali no postinho, e eu passei mal a noite inteira (...) e tava com muita dor. Aí ela pegou, foi e fez o toque e mandou eu ir, ela falou: ‘Vai porque não dá pra esperar mais’. Aí ela foi me deu o encaminhamento, chamou a ambulância porque eu não podia nem vir em casa (...). Aí chegou lá no UAI do Martins (...) o médico falou assim que não ia me atender porque eu já tinha ido lá e que era pra mim voltar pra casa porque eu não ia entrar em trabalho de parto e que eu não ia dilatar (...) aí eu discuti com o médico (...) falei que eu não ia voltar porque a médica do postinho falou pra mim não voltar. Aí ele pegou e mesmo assim deu a minha alta. (...) eu fui lá e abri outra ficha, aí a assistente social veio e me passou pra outra médica porque

aquele não quis nem me examinar. Ela fez o toque (...) e fez o exame da contração também, aí eu dei 3 contrações em 10 minutos, ela falou assim 'eu já vou pedir sua vaga, você não pode ficar aqui', (...) Isso era uma hora (tarde) que eu consegui passar com ela, (...) aí quando foi quatro horas (tarde) ela falou assim que não tinha saído vaga ainda. Aí ela ligou lá na regulação e eles me mandaram para a medicina.

O esposo de Patrícia, Beto, confirma sua fala:

(...)a única coisa que a gente fica ansioso e acha ruim, é que a gente vai várias vezes na UAI e eles não atendem e quando atendem mandam embora pra casa. Igual a gente teve o auxílio da assistente social que estava na hora entendeu? Porque eles estavam mandando a gente de volta pra casa toda vez sem resolver o que ela estava sentindo, foi umas 3 a 4 vezes que isso aconteceu.

Camila (casal 1) que optara por aguardar o trabalho de parto, conta que ficou em casa durante a maior parte do tempo:

(...) comecei a entrar em trabalho de parto era umas quatro horas da tarde, (...) aí fiquei dia 06 a noite inteira em trabalho de parto. Quando foi dia 7 de manhã que eu fui lá no UAI (...) estava de 10 em 10 minutos (...) ela fez o exame e tinha dilatado 1 centímetro. Eu "ai meu Deus, a noite inteira né? " (...) aí eu vim embora, quando foi 1 hora da tarde tava vindo de 5 em 5 já e eu caminhando, ia pra lá, vinha pra cá. Ai, quando foi 8 horas da noite tava vindo de 3 em 3... eu "Nossa, não tô aguentando mais" (...) 9 horas da noite voltei lá no UAI, ela fez o exame, os mesmos centímetros tinha dilatado, eu falei 'Meu Deus, não vai dar né? Não vou dar conta', ela queria que eu ficasse lá no UAI, eu 'Nossa, não vou ficar, tô passando muito mal, muito desconfortável, vou pra casa' (...) Em casa estava minha mãe, que ficou na varanda de fora porque ela não quis ficar perto de mim, porque ela achou que eu estava sofrendo demais(...), eu tentando ser forte e o Geraldo deitado lá me olhando com

aquela cara, (...) eu ia pra debaixo do chuveiro, e andava, agachava e nada (...) porque durante o dia você ainda anda, vê alguém, assim distrai, agora eu acho que durante a noite é muito longa. (...) O Geraldo é muito ansioso também e eu ficar sofrendo ali perto dele, tadinho, (...) e eu fiquei com medo também sabe? Porque ela (obstetra do particular) falou pra mim que ele ia nascer no outro dia por voltar de 5 horas da tarde (...) então eu ia ter que sofrer mais a noite inteira e mais o dia inteiro, ai acho que é por isso que eu desisti.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todas as gestantes devem ser acompanhadas por profissional capacitado durante o trabalho de parto, independentemente do risco gestacional. O papel do profissional de saúde é garantir o apoio à mulher e sua família, monitorar o bem-estar do binômio mãe-bebê, realizar as intervenções necessárias quando indicadas e referi-la para um nível mais complexo de cuidado, quando necessário. Segundo Oliveira et al. (2008), o acompanhamento adequado deste período inclui dentre outras coisas a avaliação do bem-estar emocional da mulher, o que não foi observado em nenhuma das entrevistadas, sendo negligenciado por todos os profissionais de saúde que as atenderam.

Schneck e Riesco (2006) afirmam que a qualidade da assistência ao trabalho de parto e o sucesso do seu resultado inicia-se no momento da internação hospitalar. Idealmente, mulheres com gestações não complicadas e que não estão na fase ativa do trabalho de parto (≤ 5 cm de dilatação) não deveriam ser admitidas na área de pré-parto, assim como Camila (casal 1), pois correm o risco de serem submetidas a intervenções desnecessárias. Contudo, Camila ao ir à unidade de saúde para ser avaliada, não recebeu atenção para o seu bem-estar emocional, sendo o atendimento recebido por ela centrado no seu físico. É necessário que as gestantes de baixo risco recebam suporte físico e emocional e seja respeitada a fisiologia do trabalho de parto (Oliveira et al, 2008).

Receber uma atenção durante o trabalho de parto que ofereça a possibilidade de controle da dor quando, e, se necessário, é um direito da mulher brasileira, garantido pela portaria nº 2.815 de 1998, do Ministério da Saúde que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS. A dor representa um importante sinal do início do trabalho de parto, sendo acompanhado pela evolução do mesmo (dilatação do colo uterino, contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, entre outros). Contudo, a dor e a ansiedade, fazem aumentar a secreção de cortisol e catecolaminas que podem afetar a contractilidade e o fluxo sanguíneo uterinos, sendo assim, a dor pode ser aliviada (Almeida et al, 2008).

Preferencialmente durante o pré-natal, a gestante deve ser esclarecida sobre as formas de analgesia disponíveis, suas vantagens, desvantagens e limitações. Deve-se assim assegurar várias opções para controlar a dor do trabalho de parto, e que todos os esforços compatíveis com a segurança de ambos (mãe e filho), serão despendidos para diminuir seu desconforto. São três os métodos para o controle da dor durante o trabalho de parto e o parto: não farmacológicos (acupuntura e outros), farmacológicos sistêmicos (drogas via parenteral ou inalatória) e farmacológicos regionais (algumas técnicas e drogas). Camila (casal 1) relata como um dos motivos para sua desistência do parto normal a dor, não tendo o conhecimento de nenhum dos métodos descritos e não sendo informada sobre os mesmos durante o pré-natal, ou ao ser admitida para avaliação já em trabalho de parto. Quanto às demais gestantes entrevistadas, por estarem convictas da cesariana que já estava agendada para todas, não foram questionadas sobre o conhecimento que tinham sobre essas questões.

Nota-se ainda que Camila (casal 1) mesmo passando maior parte do seu trabalho de parto na sua residência não contou com a participação ativa de um acompanhante, apesar de tê-los presentes. Essa não participação pode ter sido acarretada pela falta de preparo desses, não tendo o conhecimento de formas para auxiliá-la. Lima e Leão (2005) afirmam que o enfrentamento da

dor é condicionado pelo ambiente e pelo suporte que ela recebe não só dos profissionais, mas também dos seus acompanhantes.

Já as gestantes com riscos previamente detectados devem ser monitoradas mais frequentemente, como Patrícia (casal 2) que relatou pressão arterial elevada e mesmo assim tivera atendimento negado por várias vezes. As mulheres com patologias intercorrentes na gestação precisam ter acesso a um atendimento criterioso, com controle efetivo do seu quadro clínico, disponibilizando todos os recursos necessários para garantir o seu bem-estar e do feto (Oliveira et al, 2008). As atitudes de alguns profissionais de saúde ao negar atendimento a gestante em trabalho de parto, configuram o não-cuidado, agindo de forma indiferente e insensível a ela, mostrando uma desatenção e fazendo-a ter um desgaste emocional propício ao aparecimento de complicações (Wolff &Waldow, 2008).

Karla (casal 7) que entrou em trabalho de parto pela primeira vez disse:

Ela nasceu com 39 semanas e 6 dias (...) acordei sentido um incômodo diferente, até então eu não sabia se era ou não ela querendo nascer (...) Chegou um momento que eu não tive dúvidas que estava mesmo em trabalho de parto (...) Fiquei em casa, a Géssica, minha amiga enfermeira ficou comigo e quando foi umas 6 horas da tarde ela achou melhor a gente ir para o hospital (...) Eu brinquei com ela: 'Ah não, vamos deixar nascer aqui', mas ela ficou com medo por estar sozinha e sem os materiais necessários caso acontecesse alguma coisa (...) Ai fui tomar banho pra ir (...) o tampão saiu e as contrações já estavam bem fortes (...) Ajeitamos tudo e fomos com muito custo.

Caio (casal 7) que acompanhou sua esposa em trabalho de parto, confirmou:

Ai foi aquela dificuldade, fomos arrumar, tomar banho, mas ela já estava sentindo bastante contração e não tinha mais aquela agilidade de antes (...) foi um custo colocar ela dentro do carro e no caminho eu não sabia se corria ou ia devagar

porque a contração vinha eu quase tinha que parar o carro e quando passava eu acelerava com medo de não dar tempo, alguma coisa assim (...) Chegamos no hospital e vi que tinha esquecido a carteirinha, daí tive que voltar em casa de novo e quando eu cheguei de volta no hospital ela já tava nascendo já, o médico já falou: 'Aqui pai, ela tá nascendo já', a Karla deu mais dois gritos e ela nasceu.

A presença de um profissional de saúde em apoio contínuo à família durante o trabalho de parto mostrou uma vivência mais confiante de todo o processo, sugerindo menor ansiedade pelos pais. Contudo, a presença do profissional, no caso de Caio (casal 7) foi realizada por uma amiga do casal, ficando excluídos de tais benefícios aqueles que não possuem a mesma sorte. Cabe ao sistema de saúde se atentar para a necessidade igualitária de uma assistência para as gestantes e seus familiares em trabalho de parto, sendo acolhidos no local em que se sentirem mais seguros e, no caso descrito, o lugar mais seguro para o casal era em sua residência. A burocracia no atendimento hospitalar privado também é destaque, arriscando a não da presença do pai no nascimento de sua filha. Além disso, também vale ressaltar a dificuldade apresentada por ambos em se deslocarem para o hospital durante o final do trabalho de parto, o que sugere uma interferência na vivência daquele momento com a quebra do conforto e bem-estar da mulher, com a mesma escassa de possibilidades para um nascimento tranquilo e sem interferências externas e burocráticas.

E por fim, tem-se as gestantes que vivenciavam a repetição do parto normal, como conta Raquel (casal 5):

As contrações começaram por volta de 8 horas da noite, e começaram bem distantes uma da outra de intervalo, e aí eu fiquei em casa até quase meia noite, fiquei uns 15 minutos na bola em casa, e quando vi que estava apertando fui pro UAI Martins, aí lá fizeram o toque e já estava de 5 centímetros dilatados e me encaminharam pro hospital (...) quando cheguei o médico me tranquilizou dizendo que o segundo parto

tende a ser mais tranquilo. Eu perguntei pra ele se iriam colocar o soro e fazer episiotomia, porque fizeram isso no meu primeiro parto, aí ele disse que não porque não tinha necessidade por eu já estava num estágio avançado de dilatação e a episio só faria caso eu não conseguisse por o bebê pra fora ne ou se o bebê fosse muito grande, mas não precisou. (...) a bolsa rompeu sozinha por volta de 3 horas da manhã e quando foi 4:42 eu ganhei ele.

E Helena (casal 6), que decidiu reviver um parto domiciliar:

Ela (bebê) já estava com 41 semanas e 4 dias (...) e como fizemos a ultrassom 2 dias antes estávamos tranquilos de que estava tudo bem com ela (...). Comecei a marcar, 00:00h senti uma contração, 00:15h foi outra, 00:25 outra, 00:38 outra, quase 1h já quase chegando em casa senti outra, e a partir daí foi ficando cada vez mais certinho os intervalos entre uma e outra (...) deitamos pra tentar descansar (...) e fiquei na cama dormindo e acordando com as contrações até acho que umas 3h da manhã (...) foi quando acordei o Nélcio, pedi pra ele a bola (...) resolvi entrar no chuveiro pra ver se aliviava (...) E deu por volta dessa hora de 3:30, 4h eu já estava com muita dor (...) foi onde o Nélcio me perguntou se eu queria ir pro hospital, mas eu pensei ‘ Eu não consigo sair daqui do box’ eu ficava pensando como eu ia sair dali, não tava conseguindo me movimentar, nem colocar um top, por causa da dor, não conseguia sair dali (...) Eu tinha comigo também que a dor que eu pudesse sentir de novo em casa seria menos traumática do que a dor que eu fosse sentir com as intervenções que eles poderiam fazer comigo no hospital (...) e depois disso, (...) depois de umas 2 contrações eu já consegui sentir ela se encaixando e descendo assim, (...) daí foi onde falei pro Nélcio ‘ A Larissa tá nascendo’, aí nessa hora eu fiz a força e o grito do expulsivo, eu tinha clareza que ela tava nascendo, porque além de sentir ela descendo eu urrei igual quando foi no parto da Rebeca, e aí já senti ela

vindo, daí o Nélcio já entrou pra dentro do box e veio mais uma contração e ela nasceu, isso era 4:05h da manhã.

Nota-se que assim como o casal 7 (Caio e Karla), os casais 5 (Célio e Raquel) e 6 (Nélcio e Helena) também optaram pelas suas residências para a vivência do trabalho de parto. Por melhor que seja o atendimento, o hospital consiste um lugar estranho para a mulher e sua família, sendo aos moldes do cuidado tradicional o único ambiente oferecido para a mulher ter os seus filhos, sendo um local onde não estão acostumados a frequentar, podendo gerar angústia, ansiedade, insegurança, entre outros sentimentos.

Mudar essa situação requer o reconhecimento de que o cuidado digno e respeitoso, na atenção à mulher em trabalho de parto e parto, é direito seu, e a sua violação é crime. Acrescente-se ainda a vontade individual, o envolvimento dos profissionais de saúde e a mobilização política, a fim de que o reconhecimento desse direito da mulher seja de fato alcançado e que esse momento seja marcado pelo cuidado e conforto da mesma, afastando assim a possibilidade de uma vivência negativa do nascimento de seus filhos (Andrezzo, 2007; Carraro et al 2008).

Para um trabalho de parto evoluir, a condição principal é um ambiente favorável, isto é, um ambiente em que a pessoa se sinta cuidada, que seja acolhedor, atencioso, amoroso, caloroso, afetuoso e que propicie alívio, segurança, proteção e bem-estar. Para Coelho et al (2005), as vantagens do conforto são a recuperação da força, do poder pessoal, do ânimo, do bem-estar, do crescimento, da capacidade de mobilização dos mecanismos de enfrentamento, do desempenho dos papéis usuais, da melhoria da qualidade de vida e da adaptação à condição que se está vivenciando.

Além disso, trata-se de aspectos fisiológicos, uma vez que o medo e a insegurança provocam a secreção de doses elevadas de adrenalina em etapas anteriores à expulsão e o excesso de estímulos sensoriais causa uma intensificação na atividade neocortical que interfere

como inibidora da liberação de ocitocina, hormônio responsável principalmente pelas contrações uterinas. Assim, a mulher atendida no ambiente hospitalar, pelo cuidado médico tradicional, tem chances aumentadas de ter um funcionamento orgânico desfavorável ao processo fisiológico do parto (Odent, 2000; Zveiter, Progianti & Vargens, 2005).

Para a maioria das mulheres e suas famílias, o processo do nascimento de um bebê é um momento especial em suas vidas, e necessita de ser acompanhado por um cuidado humanizado, sendo permeado por atitudes sensíveis da equipe de saúde, constituída por profissionais conscientes do papel que desempenham nesse processo, proporcionando segurança e bem-estar aos envolvidos (Wolff & Moura, 2004).

Dessa forma, é fundamental que não ocorra desarmonia entre discurso e prática. A distância entre o que se recomenda e o que se faz precisa ser reduzida através de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, a fim de garantir às mulheres brasileiras um parto consciente e humanizado.

6.2.2. Tipo de parto vivenciado

Cinco dos casais analisados tiveram seus partos cesáreas. Para três, eram a primeira cesárea, já para outros dois era a repetição da cirurgia; enquanto os outros três casais o tiveram por via vaginal, sendo dois de repetição e um pela primeira vez. Em se tratando das cesáreas, tem-se que as três gestantes que a vivenciaram pela primeira vez não apresentavam indicações clínicas reais que justificassem a realização da cirurgia.

Em 1916, Edwin Craigin finalizou seu estudo advertindo sobre as cesarianas desnecessárias e a importância de se evitar uma primeira cesárea, com uma frase que se tornou famosa: "once a cesarean, always a cesarean" (uma vez cesárea, sempre cesárea). Com a frase, ele queria alertar que se uma mulher fosse submetida a uma cesariana necessária, decorrente de

alguma complicação no trabalho de parto, as chances de ter complicações em gestações futuras com a necessidade de se repetir a cesariana seriam aumentadas. A frase acabou se disseminando no meio obstétrico indicando a obrigatoriedade de se repetir a extração fetal por cesárea depois de uma primeira cesárea, sendo tirada de contexto e usada para alimentar o tabu de que mulheres não poderiam ter um parto normal se já tivessem passado por uma cesárea (Ugwumadu, 2005).

Esse mesmo discurso ainda é utilizado nos dias de hoje por profissionais que atendem as parturientes, como no caso de Maria (casal 3): *“Desde quando eu comecei a fazer o pré-natal eu já sabia, porque eu já tive 2 partos antes cesariana, daí eu não podia mais fazer parto normal, (...) a médica mesmo que falou”*

Segundo Carniel et al. (2007), a cesárea prévia está entre as principais indicações médicas para partos cirúrgicos seguintes, embora haja possibilidade de realização de parto normal nessa situação, se houver condições maternas e fetais favoráveis. A realização da prova de trabalho de parto em gestantes com cesárea anterior é procedimento comprovadamente seguro, com boas chances de sucesso.

Vários estudos mostraram que o temido trabalho de parto depois de uma cesariana traz como riscos, na variação de 0,5% a 1%, o de ruptura uterina e complicações decorrentes, tanto maternas (histerectomia, hemotransfusão) como perinatais (encefalopatia hipóxico-isquêmica e morte fetal ou neonatal). Contudo, os riscos de um parto normal após cesárea são menores se comparado aos riscos de se repetir a cesariana após outras cesáreas, que incluem tanto complicações imediatas, como lesão de bexiga, hemorragia e histerectomia, como tardias, como dor pélvica, placenta prévia e o acretismo placentário, que são tanto mais frequentes quanto maior o número de cesarianas anteriores. Assim, a possibilidade de um parto vaginal depois de uma cesariana acabou por se aumentar nos últimos tempos mostrando e comprovando seu possível desfecho, além de desmistificar o discurso propagado de “uma vez cesárea, sempre cesárea” (Dodd et al, 2004; Tahseen & Griffiths, 2010).

Porém, a justificativa para a realização da cesárea pautada nesse discurso continua sendo observada nos atendimentos atuais às gestantes. No presente estudo, a realização da cesariana aconteceu de forma eletiva para Maria (casal 3) que já tinha sido submetida a cesáreas anteriores, assim como para Luciana (casal 4) e Taís (casal 8), que se submeteriam a cirurgia mesmo sem indicações reais, justificando suas escolhas no medo da dor que pudessem sentir, além de outras justificativas sem embasamentos científicos. Existe uma crença de que a cesárea eletiva, decidida com antecedência, permitirá à mulher ter um parto sem qualquer dor. Outro aspecto relacionado à cesárea eletiva é o tempo do trabalho de parto, pois um parto normal leva uma média de doze horas e acontece a qualquer hora, já a cesárea leva em média cerca de vinte minutos e pode ser marcada convenientemente (Wagner, 2007).

Liu et al (2007) afirmou que as cesáreas eletivas estão associadas a riscos significativamente aumentados de complicações pós-parto graves (hemorragia que requer histerectomia, parada cardíaca, tromboembolismo venoso e infecção grave) quando comparados a partos normais planejados. Chalmers et al. (2010) também trouxe em seu trabalho uma maior intervenção experimentada por mulheres que tiveram cesáreas, assim como o aumento de resultados adversos, como avaliações menos positivas do parto e nascimento, bebê prematuro, admissão do recém-nascido em UTI neonatal e maior tempo de internação.

Contudo, o mesmo receio que levaria mulheres a optarem por uma cesariana a pedido, também leva muitas mulheres em trabalho de parto a optarem por uma cesárea. O parto cirúrgico assim, seria o único recurso de “humanização” a fim de solucionar o medo e o sofrimento durante o trabalho de parto, que podem ser vistos como consequência de um modelo limitado de assistência com uma desatenção para as evidências sobre segurança, afirmando ainda uma cultura discriminatória (Salgado, 2012).

Camila (casal 1) entrou em trabalho de parto, porém teve o seu desfecho na cesariana por não saber lidar com a dor durante o mesmo, não recebendo nenhuma informação sobre os

métodos de alívio de dor, ou mesmo recebendo algum apoio emocional. Ela conta sua percepção da cesariana:

Eu achei que foi muito rápido. Nossa! Eu não sabia que era tão rápido pra fazer uma cesárea, por isso que povo quer fazer cesárea né? Você vai lá em questão de minutos você já tá na sala menina, muito rápido! (...), mas a sensação da cesariana é horrível! No outro dia pra você levantar, chega em casa pra cuidar do neném, fica sentada pra dar de mamá (...) Não é nenhuma dor, é uma sensação tão estranha que você tá partida no meio, parece que se você mexer você vai sair do lugar sabe? (risos) (...) o corpo fica estranho demais (...) dá vontade de nunca mais ter filho, dá vontade de desistir (...) eu fiquei um pouco frustrada realmente por não ter conseguido o parto normal, isso não sai da minha cabeça, assim: aí, você podia ter esperado, podia ter sofrido mais um pouco (...). Porque a dor você esquece, quando você fala o que você sente, Menina, não sei! (...) então assim, eu não preparei nada para cesariana, porque eu tinha certeza que eu ia conseguir. Fez 30 dias ontem e até hoje eu fico com isso na cabeça, eu fico: ‘Ah não doutora Pamela eu queria tanto ter conseguido’, ela fica: ‘ah não, tira isso da sua cabeça, passou, acabou né?’

Fazer cesariana quando se sonha com o parto normal pode ser sinônimo de frustração, sensação de fracasso, como se a mulher não tivesse sido capaz. Salgado (2012) chama esse fenômeno da realização da cesariana sem o real desejo da mulher de cesárea indesejada e afirma ainda que mulheres são pressionadas por familiares, rede de amigos e pelos profissionais que as acompanham a não sentir essa tristeza, questionando o motivo desse sentimento, visto que elas e o bebê estão bem e saudáveis. A ideia de “mães vivas e bebês saudáveis” após o nascimento, passou a ser sinônimo de um parto de sucesso, sendo a experiência do parto de fato irrelevantes (Hodnett, 2002).

Wiklund et al (2007) traz que a baixa satisfação materna e experiências negativas de nascimento aumentam a chance de cesáreas futuras além de estar relacionada a uma avaliação negativa do parto. Salgado (2012) afirma que além da frustração da expectativa e/ou planejamento de um parto normal, a falta de suporte, uma relação desqualificada com os cuidadores durante o trabalho de parto e o não envolvimento nas decisões estão associados a cesariana indesejada.

Contudo, o nascimento é um evento social carregado de expectativas e precisa ser avaliado mais amplamente. Hodnett (2002) citou quatro fatores fundamentais que influenciam a valorização da experiência do nascimento por parte das mulheres, são eles: expectativas pessoais, suporte recebido por cuidadores, qualidade da relação cuidadores- pacientes e envolvimento nas decisões em relação ao parto. A assistência precisa ser segura, para que as mulheres tenham uma experiência de parto boa, satisfatória e saudável, e não que elas saiam dessa experiência traumatizadas e inseguras.

Quanto ao desfecho no parto cesariana Camila (casal 1) contou sua experiência quando estava em trabalho de parto:

Eu liguei pra ela (obstetra): Ah não, vai piorar muito ainda? Ela falou: Vai, vai piorar muito ainda. (...) Nossa, é muito tempo, porque ela me disse que tem uns partos que (...) é rapidinho, agora o meu ela disse que ia ser um pouco sofrido mesmo sabe? Ai foi onde eu desisti. Ai ela: Uai, você quem sabe. Ai eu fui e fiz cesárea.

A expressão “você quem sabe” responsabiliza exclusivamente a mulher pela decisão, ocultando a contribuição fundamental da médica nesse processo. A fala antecedente da médica aponta apenas problemas e aspetos ruins caso a gestante opte em continuar em trabalho de parto, não fornecendo à mesma nenhuma informação sobre os métodos de alívio de dor ou mesmo algum apoio emocional para lidar com a situação.

Ferrari e Lima (2010) reforça o predomínio do procedimento cesariana em mulheres sem necessidade real, influenciados por fatores não clínicos. Muitas mulheres tem o desejo de ter seu filho por via vaginal, mas acabam mudando de ideia por conveniência e opinião do médico que a assiste. O parto passou a ser um assunto negligenciado, no qual as decisões são tomadas por quem realiza o processo e não por quem o vivencia. O parto cesáreo é socialmente visto nos dias atuais como procedimento enriquecido de benefícios, como a ausência de dor, dotado de segurança e definido como o parto ideal para qualquer gestante (Mandarino et al, 2009). O parto cesáreo é visto por muitas gestantes e seus familiares como um atendimento diferenciado e para o obstetra como maior controle do ato médico, assim como do seu horário de trabalho.

O caso de Patrícia (casal 2) foi bem conflituoso. Ela relata o atendimento que recebeu ao chegar com contrações na unidade de saúde:

Não dava (parto normal) porque no meu último ultrassom que eu fiz no Domingo ela estava sentada (...) ela não estava encaixada, então o médico que fez meu ultrassom falou assim que ela não ia encaixar, (...) então ela não ia encaixar e eu já sabia que não ia adiantar ele (médico do UAI) esperar eu dilatar porque ela não ia passar, como é que ela ia passar sendo que ela estava atravessada?

Nota-se uma confusão na posição que de fato o bebê estava, ora Patrícia relatando o mesmo estar sentado e ora relatando ele atravessado. Uma das reais indicações de cesárea é quando o bebê se encontra na apresentação córmica (situação transversa/ “atravessado”) durante o trabalho de parto. Já o bebê sentado não é indicação real de cesariana, sendo possível um parto normal pélvico, como já discutido no item “Escolha do tipo de parto”. A fala da mesma sugere desconhecimento da real posição do seu bebê, assim como as possibilidades existentes para o desfecho do seu parto.

Se o bebê estivesse transverso, visto a impossibilidade de nascimento espontâneo, constituía sim a indicação absoluta de cesariana intraparto. Para essa situação não existe nenhum

ensaio clínico, sendo que se o diagnóstico da apresentação córmica for feito ainda no pré-natal, a causa da apresentação anômala pode ser investigada e caso não seja encontrada uma causa determinante, o parto vaginal pode ser tentado mediante uma versão externa na 37ª semana de gestação, o que não foi repassado a paciente. E se tiver insucesso da versão, a cesariana está indicada, uma vez detectado o início do trabalho de parto. Ainda assim, não se recomenda a cesariana eletiva, por aumento da morbidade perinatal (Hofmeyr & Kulier, 2008; Amorim, Souza & Porto, 2010). Patrícia chegou na unidade de saúde em trabalho de parto, sem informações reais do que de fato acontecia com ela e tendo ainda atendimento negado por um dos profissionais: “ (...) *Ainda não sei o que aconteceu (...) não me falavam nada* ”. Patrícia (casal 2) declarou ainda:

Ah! (...) se fosse pra mim ter o (parto) normal eu queria, mas agora eu não queria muito por causa da laqueadura né? Mas se desse eu queria, porque já era o quarto corte, então se não precisasse de cortar 4 vezes e ter o normal, ai eu queria, mas como eu vi que não dava, e eu fiquei com medo deles querer esperar e passar da hora (...) E, mesmo sendo a cesárea ainda passou da hora porque do jeito que ela nasceu.

Hotimsky et al (2002) evidenciou a realização da cesárea como um meio de acesso à laqueadura tubária. A Lei Federal nº 9.263/96 sobre o planejamento familiar em seu art. 10 afirma ser vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade. Assim, o programa de planejamento familiar precisa se fazer mais efetivo, com o fornecimento e o acesso a todos os métodos contraceptivos, bem como a implantação real das leis e portarias de planejamento familiar existentes no Brasil, de forma a quebrar a associação nociva “cesárea – laqueadura”. Esse fato mostra a necessidade de ampliação do conhecimento sobre os outros métodos contraceptivos através de uma nova postura dos profissionais que atendem as mulheres. Ao assumir seus papéis, devem esclareceras

mulheres sobre outras formas de realização desse procedimento, oferecendo-as informações qualificadas e verdadeiras (Dias et al, 2008).

Outro fator que chama a atenção é a expressão “passou da hora” para se referir ao nascimento de alguns bebês. No Brasil, a data provável do parto (DPP) é calculada pelo conhecimento da idade gestacional, sendo esperado para a 40ª semana. O método de cálculo prioritário é para a data da última menstruação (DUM), que é o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) devido à sua alta acessibilidade e baixo custo. Contudo, existem outros meios para determinação da mesma, como pelo exame físico ou ultrassonografia (USG) na gestante. Entretanto, esses métodos possuem validades distintas, dificultando a análise da idade gestacional (Pereira et al, 2014; Pereira et al, 2013; Callaghan & Dietz, 2010). Patrícia (casal 2) contou: “(...) eu estava com 38 semanas e 6 dias (...) A Dra. Rafaela (clínica do postinho) falou que eu ia ganhar com 39, aí lá nas contas da Medicina eu tava com 39 e 4 dias (...) então tava dando muita divergência de conta. ” A idade gestacional baseada na DUM é falível em muitas circunstâncias, tais como variações individuais na duração do ciclo menstrual, sangramento de implantação e, principalmente, devido a vieses de memória (Wegienka & Baird, 2005).

A pesquisa “Nascer no Brasil” (2014) mostrou que, no Brasil, a DUM é considerada um estimador inadequado da idade gestacional no nascimento, sobre enumerando tanto a prematuridade quanto a pós-maturidade. É essencial que a idade gestacional seja perfeitamente medida, visto principalmente a prematuridade como indicadores mais utilizados na predição de desfechos perinatais e, posteriormente, das condições de saúde na infância e vida adulta. A USG realizada no primeiro trimestre gestacional, padrão utilizado internacionalmente, não é o método prioritário no Brasil, contrapondo a excessiva valorização da tecnologia no país. Pereira et al (2014) ressalta a importância de se revisar essa a metodologia utilizada no Brasil para o cálculo da DPP, sendo necessário valorizar a USG mais precoce, tendo o registro da data da realização desse exame.

Outro fator em discussão é a gravidez prolongada (GP), também denominada de gravidez pós-termo, pós datismo e popularmente conhecida como “passar da hora” que ocorre, aproximadamente, em torno de 10% das gestações e ocasiona alta incidência de intercorrências obstétricas, levando a complicações maternas e fetais (Delaney et al. 2008). Para a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a OMS e a ACOG (2004), se caracteriza como tal a gestação com duração igual ou superior a 42 semanas completas, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual. Contudo, os termos pós-datismo ou pós-data devem ser abandonados, pois o problema real, em algumas gestações prolongadas, é definir exatamente qual é a pós-data, dificultando a identificação de gestações patologicamente prolongadas (Bhutta et al, 2009).

Dentre os riscos para o feto da gestação prolongada estão: crescimento fetal e placentário inadequado após 41 semanas, alterações degenerativas placentárias crescentes, incidência progressiva de líquido meconial, volume reduzido de líquido amniótico, oxigenação e nutrição fetal deficientes, unidade feto placentária gradualmente lesada, índices aumentados de sofrimento fetal, asfixia intrauterina, aspiração de mecônio, fratura óssea, paralisia nervosa periférica, pneumonia, septicemia e mortes perinatais. No entanto, o risco absoluto ainda é baixo variando de 1 a 2 mortes por 1.000 gravidezes em curso, entre 41 e 43 semanas (Caughey et al. 2009; Vercoustre, 2007; Gutierrez, 2008).

Matthes (2010) afirma que não há um padrão universal de conduta na abordagem da gestação prolongada e diversos trabalhos de revisão sugerem que há uma grande necessidade de trabalhos randomizados e estudos observacionais com amplos resultados para fornecer provas suficientes de que a indução eletiva do parto em gravidez acima de 41 semanas seja o tratamento ideal para diminuir a mortalidade perinatal. Contudo, Patrícia (casal 2) relaciona a situação de saúde da sua bebê ao nascer com o termo “passou da hora”, o que sugere que a mesma não foi informada e esclarecida sobre a situação real da mesma.

Jones (2015a) cita que há alguns anos trabalhos demonstravam que a indução do parto com 41 semanas melhorava os resultados pós-natais, e mesmo que hoje eles sejam duramente combatidos por apresentarem resultados pouco expressivos, foi o suficiente para o embasamento de condutas. Esse fato sustenta fantasias ancestrais que falam de um “útero malévolo e sufocante”, determinando aos médicos a nobre tarefa de liberar a inocente criança da angústia sufocante desse aprisionamento. Histórias tais como a de Patrícia (casal 2) nutrem o imaginário das culturas, que cobram dos profissionais uma ação salvadora para o novo membro que está para nascer, culpabilizando o corpo “defeituoso” da mulher pelo risco em que colocam seu bebê. Contudo, ainda não se tem nenhuma evidência precisa que respalde uma conduta sistematizada para estes casos.

Enfim, o parto cesáreo é um procedimento cirúrgico que, quando bem indicado, tem papel fundamental na obstetrícia moderna como redutor da mortalidade perinatal e materna (Brasil, 2001). Porém, em gravidezes tidas como normais, sem alterações durante o pré-natal e sem problemas de saúde, como nos casos de Camila (casal 1), Maria (casal 3), Luciana (casal 4) e Taís (casal 8), o parto cesáreo não tem indicações clínicas. Não obstante, o discurso voltado ao parto normal se limita na exaltação de seus benefícios, e mesmo a mulher optando por essa via não é munida de informações qualificadas e de suporte profissional durante o processo do nascimento de seus filhos. A conclusão da pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fiocruz, em parceria com diversas instituições científicas do país foi divulgada em 2014 e nos traz dados atualizados, revelando que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, a taxa é em média de 88%. Assim, no Brasil os índices de partos cesáreos mantêm-se absurdamente elevados desde a década de 80, contrariando o índice aceito pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

De acordo com Costa e Ramos (2005), a realização de uma cesariana eletiva antes de iniciado o trabalho de parto duplica a morbidade respiratória para cada semana anterior em que a

cesariana é feita entre a 37^a e a 40^a semana. Além disso, há nas cesáreas eletivas aumento de quatro vezes a necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, ventilação mecânica e uso de oxigenoterapia nos recém-nascidos, onde 5,5% das crianças nascidas de cesariana eletiva contra 1,6% das nascidas de parto vaginal não conseguem manter-se respirando em ar ambiente. Para Wagner (2007) além do risco de morrer, mulheres que escolhem a cesárea correm muitos outros riscos como: incidentes anestésicos, danos aos vasos sanguíneos com grande hemorragia, infecções frequentes, extensão accidental da incisão uterina, danos à bexiga e a outros órgãos abdominais, cicatrizes internas, aderências, entre outros.

Assim, a escolha da mulher pelo parto normal ou cesáreo sofre diversas influências, podendo ser destacado o paradigma que informa o modo como é prestada a assistência em saúde e sua organização. Foi notório o índice maior de cesárea entre as mulheres assistidas neste trabalho e suas influências pelo poder médico e pelo paradigma da biomedicina. Com o predomínio do parto cirúrgico, os resultados mostraram a inexistência de um processo de diálogo e negociação entre o profissional médico e a gestante em defesa do parto normal.

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam que o preparo para o parto deve acontecer desde o pré-natal, no qual se procura garantir à mulher o direito de escolha, contribuindo para o seu empoderamento com vistas ao parto normal. Esses órgãos juntamente com a ANS reconhecem como indispensável a realização de mudanças no padrão excessivamente medicalizado da assistência obstétrica a fim de se reduzir as elevadas taxas de cesárea e recomendam a adesão de medidas em direção à integralidade e humanização do cuidado (Brasil, 2005, 2007, 2008b; Pires et al, 2010).

As gestantes que tiveram seus partos normais relataram suas experiências. Raquel (casal 5) teve o seu segundo parto normal em um hospital público, com profissionais desconhecidos por ela devido à escala de plantão, contou:

Enquanto eu estava sentindo as contrações lá, esperando a hora de ir pra sala de parto, de tempo em tempo ia uma enfermeira lá e me perguntava se eu estava precisando de alguma coisa, eu pedi a bola de pilates pra ela aí ela me levou. Quando o médico me examinou ele falou que eu podia ficar à vontade, podia tomar banho, andar no corredor, podia ficar do jeito que eu quisesse e na posição que eu me sentisse mais confortável (...) o Célio (esposo) fazia massagem em mim em movimento circular, isso me ajudou muito na hora que vinha as contrações porque aliviava muito (...) e a enfermeira também me ensinou alguns movimentos pra fazer com a bola pra quando viesse as contrações e depois quando desse a pausa (...) A terceira e última vez que o médico foi lá me avaliar (...) eu fui deitei lá na cama aí ele disse pra quando viesse a contração eu fazer força, aí eu fui e fiz aí ele esperou a outra contração vir e disse que já estava sentindo a cabecinha do bebê e falou que podíamos ir pra sala de parto. Eu senti muita dor (...) eu ganhei ele deitada, (...) eu senti que estava mais difícil de pôr o neném pra fora, mas deu tudo certo. No meio do caminho indo pra sala de parto eu senti uma contração e abaixei assim no corredor pra esperar ela passar pra eu continuar, aí ele (médico) falou 'Não, não, vem, tá chegando já! ' Aí eu deitei na maca, fiquei em posição ginecológica e aí eu tive o bebê. Quando a cabeça tava nascendo eu só senti que ele meio que apoiou o períneo, mas só. Ele disse que não ia precisar dar pontos, porque deu uma laceração bem pequenininha, mas que cicatrizava sozinha, porque era tão pequena que não tinha jeito de dar pontos nem se ele quisesse (...). Nunca vi nenhum dos profissionais que estavam lá. A gente fica um pouco insegura com isso né? Porque a gente não conhece, não sabe a política, a ética da pessoa, o profissionalismo e a experiência dela né? (...) Então dá uma insegurança e um medo, mas graças a Deus, eu acho que tive sorte, tanto o médico quanto as enfermeiras que eu peguei foram muito

atenciosos (...) Antes de eu ter ele, eu tinha medo como que ia ser no hospital, a recepção, o tratamento, justamente por não conhecer, não saber, nunca ter ido, algumas pessoas falam mal, outras falam bem, mas eu não tinha expectativas, tinha na verdade insegurança e um medo de acontecer alguma coisa fora do normal, mas tudo terminou bem (...) o meu primeiro (parto) teve muita intervenção (...) demorei muito mais recuperar enquanto desse a recuperação foi quase que instantânea depois que ele nasceu.

Karla (casal 7) que teve o seu primeiro parto, sendo ele normal e em um hospital privado, contou:

Chegamos no hospital e na recepção as pessoas ficavam me olhando como se eu fosse de outro mundo (...). O Caio esqueceu a carteirinha (convenio), falamos com a recepcionista e ela disse que se a gente tivesse acompanhado o pre natal lá e já tivesse ficha lá não precisava da carteirinha, daí fiquei mais tranquilo de saber que ele iria ficar comigo lá acompanhando (...). Quando eu cheguei na sala de pre parto a bolsa estourou. E depois disso foi muito rápido. Eu estava de cócoras, a Géssica estava comigo e foi chamar as enfermeiras pra avisar e quando elas chegaram lá já perguntaram: ‘ ela vai ter parto normal? Você é o que? Porque aqui a gente não sabe o que tem que fazer com parto normal não! ’ A sorte é que a Géssica estava lá, foi o que me deixou tranquila, eu já tinha pedido pro médico na consulta pra ela poder me acompanhar além do Carlos e ele tinha deixado ela ficar comigo até na hora de entrar pra sala de parto, ainda bem! Mas a Gessica estava lá me ajudando durante as contrações e elas ficavam assim olhando assustadas sem saber o que fazer e eu agachava quando vinham as contrações e a Géssica falou ‘ Vocês chamam o médico lá porque senão vai nascer aqui’. E eu preocupada porque o Carlos não entrava e ela ligava pra ele e ele não atendia e nem entrava, aí o médico veio e já me

levou pro centro cirúrgico e ele já tinha me falado que lá a Géssica não podia entrar, só o Carlos, e eu entrei sozinha com o médico e eu fiquei aflita e comecei a apavorar porque a Géssica não podia entrar, o Carlos não tava lá e só depois fiquei sabendo que fizeram o Carlos voltar em casa pra buscar a carteirinha, quase que ele não viu o parto, foi assim terrível, (...) Aí ela entrou na sala de parto, quando eu vi eu assustei e parece que o médico mais ainda que perguntou ‘uai, cadê o pai?’ (...) aí a enfermeira parece que com medo do médico por ela ter deixado a Géssica entrar falou que o Pai tinha esquecido a carteirinha e tinha ido em casa buscar. Eu quase levantei da maca essa hora e falei: ‘O que? Como assim?’ Ai parece que nessa hora eu travei na hora, parece que nem senti mais contração, senti que paralisei. E nisso quando eu cheguei na sala eles pediram pra mim deitar e eu pedi pra deixarem eu ficar na posição que eu já estava de cócoras, porque é engraçado né igual a força é algo instintivo mesmo, muito natural, eu não fazia força mas meu corpo pedia pra mim fazer, a força vinha, e eu não conseguia me ver deitada, mas eles não deixaram, tive que deitar, ele (medico) ficava falando o tempo todo pra mim deitar e eu pedindo pra não e ele ‘Não, fica assim, só pra você ver que também é bom’, só que assim, eu sentindo contração igual eu tava, não dava pra ficar mudando de posição toda hora e do jeito que ele me colocou eu fiquei (...) aí o interfone tocou, a Géssica que foi lá atender, e foi o prazo dele entrar na sala a Livia nasceu, foi como se eu e ela estivéssemos esperando ele chegar. A nossa história ficou parecendo cenas de filme (...). Depois o médico começou a dar pontos e me incomodou muito essa hora, e eu ficava gemendo, sentindo dor (...) E o médico nem me informou de nada, ele simplesmente fez, eu já tinha dito que eu não queria. Eu ouço muita gente falar que a dor do parto é difícil e tal mas nada me incomodou tanto do que quando eu senti ele me dando o piqui, porque eu senti, muita gente fala

que a gente não sente por causa das contrações serem fortes na hora, mas eu senti quando ele deu, (...) ele não me informou. Ele só falou comigo na consulta 8 dias depois do parto que precisou fazer episio porque senão ia rasgar minha vagina, só falou assim. Enquanto eu estive internada lá após o parto, foi 2 dias, ele foi lá me avaliar, mas nem tocou no assunto da episio, nem olhou os pontos, nem nada, ele só tocou no assunto na consulta. Comentei com ele no dia após o parto que estava me incomodando, parecia que estava inchada e dolorido, ele só me falou pra jogar água fria de vez em quando que melhorava. Eu me senti muito chateada, porque eu tinha conversado e pedido antes pra não fazer (...) e eu senti muito hora que ele estava dando os pontos, mesmo dando a anestesia doeu muito na hora e eu falava ‘Ai, ai, tá doendo’, e ele assim nem mudava a cara, eu fiquei muito chateada, era como se eu não estivesse ali, e ele ficava cantando, cantando, e o pior de tudo, cantando um louvor, eu nunca vou me esquecer da música (ela canta um pedacinho da música) e eu falava pra ele: ‘Ai, tá doendo’ e era a mesma coisa de eu falar nada, nem tipo assim ‘eu já dei anestesia’, não, nada, não dava nenhuma satisfação sabe, e demorou muito.

E Helena (casal 6), que teve o seu parto natural em casa e planejado:

Foi tão diferente! Foi muito bom! Eu não acreditava que seria possível um parto assim! (...). Foi sem doula, sem médico (...) Mas mesmo se ela tivesse lá, não ia ter como ela me examinar, porque eu estava em pé no chuveiro, segurando de um lado um box e o outro a janela, e eu não conseguia me movimentar, (...) e depois que ela nasceu eu fiquei sem acreditar (...) porque estava vendo ela na minha frente, sem dor nenhuma mais (...) a Larissa chorou, o Nélcio pegou ela e colocou ela no meu braço pra mim ficar com ela, avisou a médica e foi buscar toalha pra não deixar ela perder calor e sentir frio, e quando ele saiu ele topou com a Rebeca, que estava dormindo,

no meio do caminho já indo pra nos encontrar, daí a Rebeca ficou lá no banheiro com a gente e ficamos nós 4 lá curtindo esse momento (...) A médica e a doula chegaram juntas, já estavam a caminho, (...) aí quando elas chegaram foi uma contração e a placenta saiu (...) Mas sem nenhuma laceração, nenhuma dor depois pra urinar, nem nada, o domingo de manhã foi mágico assim! (...) Eu não tive nenhum exame de toque, nem no pré-natal, eu não sei que horas que começou, que horas que dilatou tanto assim (...) e eu achei engraçado porque eu fiquei tranquila, no da Rebeca eu queria saber o tempo inteiro, já no da Larissa parece que eu tinha mais consciência do meu corpo, então parece que eu sabia o que estava acontecendo (...) Foi tudo muito melhor do que a gente esperava! (...). Eu até comentei que tinha raiva desses relatos de parto romantizados e maravilhosos assim ne? Mas eu consegui ter um, e no domingo de manhã assim, eu tava me sentindo tão, tão, tipo eu tava com vontade de correr 5 km (risos) (...), mas assim eu me sentia normal assim, como se nada tivesse acontecido.

Tem-se que a assistência ao parto normal ainda sofre desafios. É notória a diversidade de assistência prestada, sendo condicionada ao estabelecimento de saúde em que se dá o desfecho do parto. Nas instituições públicas, a escala de plantão oferece às parturientes uma insegurança relacionada à assistência, que ficam à mercê da sorte para serem acolhidas por uma equipe que trabalha aos moldes da humanização. Na rede privada, nota-se total negligência quanto às práticas da humanização, sendo sua assistência marcada pela violência e desrespeito com a família no momento do nascimento de seu filho. Já o atendimento domiciliar, apesar de ter sido o mais próximo segundo as práticas humanizadas, foge com alguns princípios do sistema de saúde vigente no país, que prega a equidade e a universalidade, ficando essa modalidade de parto disponível apenas para uma minoria, dotada de poder aquisitivo para custear uma equipe que a atenda com respeito e privacidade.

Em relação à assistência ao parto normal na rede privada de saúde que tem o cuidado obstétrico pautado na alta intervenção sobre a fisiologia do parto, Brasil (2008a) permite questionamentos, principalmente sobre os efeitos da medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e parto para as gestantes de baixo risco, assim como para seus bebês. A utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto tem apresentado resultados maternos e perinatais desfavoráveis e a assistência intervencionista tem sido motivo de insatisfação para as mulheres. Além disso, os procedimentos desnecessários adicionam maiores custos ao cuidado e têm efeitos potencialmente adversos. Não há evidências que sustentem o uso rotineiro de episiotomia, monitorização eletrônica fetal, analgesia peridural e ocitocina em mulheres de baixo risco (Albers, 2005). Para Lobo et al (2010), a realização do parto fora de ambientes com alta medicalização é uma alternativa para fugir do modelo intervencionista tradicionalmente empregado nas últimas décadas, priorizando a fisiologia do parto como pressuposto, como os Centros de Parto normal (CPN - Portaria nº 11, 2015). Resta, aqueles que tem condições financeiras um parto domiciliar, e aqueles que não o possuem, a submissão aos moldes tradicionais ainda adotados pelos hospitais da cidade.

Vale ressaltar a corresponsabilidade dos médicos diante desse sistema, uma vez que são eles os donos dos convênios, das cooperativas e dos hospitais. É emergente políticas de saúde a fim de uma assistência ao parto com equidade e respeito à parturiente e seus familiares. A conscientização da população sobre seus direitos e a denúncia de ilegalidades para promotoria é necessária, além de uma fiscalização eficaz que pune os infratores das leis vigentes. Assim, algumas estratégias podem ser sugeridas: modificações no modelo assistencial hospitalar com integração de outros profissionais de saúde, em uma perspectiva multidisciplinar; exigência das entidades de saúde para que os profissionais realizem acompanhamento do trabalho de parto e parto com rigor científico; garantia de profissional capacitado para assistência ao recém-nascido

na sala de parto; e implementação de ações destinadas a dar suporte e apoio à parturiente e de medidas para controle da dor, entre outros (Giglio, França & Lamounier, 2011).

6.2.3. Presença do acompanhante durante o parto: desafios e sentidos

No estudo em questão, a maioria dos entrevistados ficaram cientes da existência das leis apenas durante a entrevista realizada antes do parto, já evidenciando a negligência dos profissionais de saúde que os acompanharam durante a gestação, omitindo informações de suma importância para a mulher gestante e seus familiares. Foram várias as irregularidades encontradas quanto ao cumprimento das mesmas, entre elas: proibição da presença do acompanhante durante o parto, negação do direito de escolha da mulher sobre quem seria o acompanhante e presença por tempo limitado durante o processo de parturição.

Quanto a proibição da presença do acompanhante na hora do parto, Geraldo (casal 1) relatou:

Eu e a Camila, a gente é muito parceiro, então assim eu falei: Não, eu vou com ela, não me custa nada e eu tenho certeza que vai ser bom pra ela naquela hora. (...) Quando eu tava lá preenchendo as fichas a médica passou com a Camila e falou: Geraldo, depois você sobe. (...) Quando fê [sic] vem a enfermeira falando que o anestesista não deixou. Como não deixou? Eu tenho direito, ela falou: não, ele é até um dos donos aqui do hospital. Por mim pode ser até o papa, eu tenho direito (...) eu liguei no 190 e falei: eu quero fazer uma ocorrência, aí eles falaram assim: Não, não precisa ser agora não, você pode ir amanhã com calma em qualquer ponto policial (...) Aí eu fiquei muito estressado, fiquei, fiquei, fiquei, aí hora que eu vi a carinha do Mateus eu falei: Ah, bão demais. Aí no outro dia eu fui na corregedoria, falei, falei, falei com esse amigo meu (...) a médica da Camila saiu de lá chorando, ela me pediu

desculpa, eu: Não, desculpo, mas assim, infelizmente nesse país é tudo assim. (...) Nossa você tinha que ver, eu queria processar ele, porque eu achei um absurdo. Eu falei: é lei, é lei. Mas aí eu consultei um advogado e ele me disse: Geraldo é lei mas se for adiante eles vão falar o que? Que não tinha médico, não tinha equipe, que não era seguro e vão se defender (...) acabou que na hora, como o Mateus tava nascendo você se desliga da coisa, mas que é uma coisa muito chata, é muito chato mesmo, entendeu? (...) eu comentei pra menina da corregedoria: eu tenho 44 anos e possivelmente eu não vou ter outra oportunidade dessa, então o cara me tirou uma coisa que eu nunca mais vou ter! Ah, mas pode ter, posso, posso ter outro filho mas ele me tirou uma coisa que as vezes eu não vou ter mais e são pessoas que se acham acima da lei (...) A menina da corregedoria: Porque aqui a gente nunca teve esse problema. Eu: Ah! Não teve porque ninguém fala.

Piccinini et al (2004) defende que a exclusão do pai em alguns hospitais só contribui para que aumentem as dificuldades pessoais de vários pais com a transição para a parentalidade. Os movimentos sociais que promovem a humanização do parto e defendem uma maior participação masculina na paternidade a partir da comprovação dos seus benefícios, permitiu a criação de novas políticas públicas que envolvem os homens nesse processo do nascimento, incluindo os programas de pré-natal dos pais, assim como campanhas para promover a sua presença no parto (Lyra et al, 2010; Brasil, 2009a).

Contudo, a exclusão do pai nesse momento ainda é observada e carece de uma maior atenção pelas instituições de saúde. Dados da pesquisa “Nascer no Brasil” trazem que cerca de um quarto das mulheres não tiveram qualquer acompanhante, sendo a principal causa a proibição do hospital. Geraldo (casal 1) refletiu:

(...) é um projeto que tá engatinhando (lei), (...) eu sou um pouquinho encrenqueiro e posso até tirar um pouco do meu tempo e correr atrás disso, mas se você pega um

outro pai, ele não vai querer saber de correr atrás disso. Então assim, eu acho assim tem que arrumar um jeito da pessoa fazer essas denúncias, porque é igual eu tô te falando, eu ia fazer a ocorrência, depois pensei: ah não, esse trem vai me dar trabalho. Ai depois eu liguei pro cara (advogado), ele falou assim: não, não vai acontecer nada, vai chegar lá o cara vai se defender, você só vai tirar um pouco do tempo dele, mas não vai acontecer nada, porque assim, certas coisas nesse país é assim, eles falam assim: você tem o direito de ser atendido no banco em 15 minutos, mas você já viu alguém? Ai o que acontece? Geralmente você vai no banco e está correndo, daí vai chamar e não sei o que pra fazer uma denúncia, ai eles multam o banco e o dinheiro vai pro governo, o que que eu ganho?

Camila (casal 1) conta a experiência vivida por ela diante da negação do acompanhante:

(...) eu escutei eles discutindo, eu sei que a minha médica, a doutora Pamela até chorou, e veio me pedir desculpa (...) eu tava anestesiada já na hora (...) Eu: Não, não tem problema não, ela falou que não tinha médico de plantão, se acontecesse alguma coisa, ela ia ter que me largar lá com a barriga aberta pra socorrer ele, aí ela falou que pra não causar mais briga, (...) senão a gente ia prolongar essa conversa, que a gente podia até ligar não sei pra onde, brigar sabe? Mas aí vai ficar demorando, já tava tarde, por causa do horário também. ‘Você se importa?’ Aí eu falei: Não, não tem problema não (...) eu sei que também no outro dia de manhã, entrou uma mulher também e eles também não deixaram o marido dela ver, no mesmo quarto que eu tava (...) eu queria (presença do acompanhante), porque não dá pra ver, eu pensei que dava pra ver a cirurgia, porque eu acho feio fica vendo né? Mas aí tá tudo tampadinho. eu acho que ia ser legal ele ver assim, o neném ali na hora igual eu vi, (...) acho que ia ser um momento interessante assim pra ele também, (...) mas eu sou mais de boa sabe, agora ele que ficou remoendo essa

história uns 3 dias sabe? (risos) (...) Ele foi lá na ouvidoria, reclamou, queria entrar na justiça de qualquer jeito e eu disse: ah não, não adianta ficar brigando com esse povo desse tamanho, é só canseira.

A fala de Camila sugere a aceitação das rotinas hospitalares com passividade, nos fazendo refletir mais uma vez sobre a forma como estas são impostas nos pacientes, que no seu caso estava em situação de extrema vulnerabilidade, anestesiada e há poucos minutos do nascimento do seu filho. Tendo em vista sua expectativa quanto a presença do acompanhante na sala de parto que foi negativa no primeiro momento, nota-se divergência com seu discurso após o parto, mostrando que a tomada de decisão foi possível apenas após a vivência da experiência, e após ter o conhecimento dos procedimentos que foram realizados, assim como idealizar como poderia ser a figura do acompanhante junto de si.

Quanto a negação do direito de escolha da mulher sobre quem seria o acompanhante, Beto (casal 2) contou:

Todas as vezes que ela passava mal, eu sempre ia com ela, eu nunca deixei ela sozinha (...) só que na UAI eu não entro (...) daí a gente levou minha sogra, que é a mãe dela e podia estar entrando, porque lá (UAI- público) é só mulheres para acompanhar (...)eu até entendo né, porque se fosse só ela, aí eu podia falar que era minha esposa e tal, mas como o quarto é conjunto, com duas mulheres, aí é meio receoso né? Eu ficar lá enquanto ele atende a outra. Ah, eu acho isso normal.

Patrícia (casal 2) confirmou:

Eu vejo muita gente que não tem, que o marido as vezes não quer ficar, já ele não, ele já quer ficar, me ajuda, então é uma segurança a mais né? Você entrar sabendo que tem uma pessoa ali que tá preocupada, nossa! é muito bom! (...) Pra mim se fosse ele ou minha mãe, os dois pra mim me passam segurança, só que eu prefiro ele, porque ele é quem fica comigo no dia a dia.

Maria (casal 3) também descreve o regimento da instituição privada a qual realizou o seu parto: “ (...) *lá no centro cirúrgico me falaram que só podia entrar o pai*”. A presença do acompanhante do sexo masculino na cena do parto e, em particular, do cônjuge constitui um indício das transformações em curso nas construções de gênero e de família. Esse fato sinaliza uma mudança nos valores em relação a esse evento, o qual não é mais percebido pela maioria das pessoas atendidas por esse serviço, tanto ‘usuárias’ quanto ‘clientes particulares’, como ‘coisa de mulher’. A concepção de que o acompanhante deve ser de escolha da mulher, sem restrições quanto à sua relação com ela ou ao sexo do acompanhante, transparece em um documento do Instituto Panos. Os autores desse documento defendem uma concepção de assistência ao parto e ao nascimento “centrada na mulher” e afirmam que, nesse evento, “suporte social significa prestar atenção aos desejos da mulher, seu sentimento de bem-estar, suas demandas por informações e suas escolhas” (Panos Institute, 2001, p. 35). No Brasil, o Ministério de Saúde reconheceu o direito da gestante ao acompanhamento por pessoa de sua escolha durante todo o processo do nascimento, porém, a escolha de acompanhante garantida por lei tem seu descumprimento notório sem sequer punições para as instituições em questão (Hotimsky & Alvarenga, 2002).

Quanto ao tempo de permanência do acompanhante junto da parturiente, a lei garante sua presença em todo o processo do nascimento, desde o acolhimento na instituição de saúde, até o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, que compreende até o 10º dia após o mesmo. Contudo, nota-se total negligência desse direito, como relatam os entrevistados. Luiz (casal 8) contou: “ *Quando eu entrei a Taís já estava anestesiada e cortada já (...) eu queria ter ficado com ela desde a anestesia*”. Caio (casal 7) falou: “ *Eu queria ter participado mais antes, mas pelo fato de ter esquecido a carteirinha, eu perdi um pouco desse processo antes (...) Eu queria ter acompanhado mais*”. Saulo (casal 4) relatou:

Eu pensei que eu iria ficar lá uns 40 minutos, mas eu cheguei a Luciana já estava com o corte na barriga e eles já estavam puxando a cabeça do Cauã. Eu fiquei menos de 10 minutos lá dentro, foi muito rápido (...) querer mesmo, eu queria ter acompanhado desde o começo, ver desde a hora que tava cortando, porque assim, eu confiei inteiramente no médico, mas se fosse alguém que a gente não conhece né.

Luciana (casal 4) confirmou:

(...) no início você fica ali sozinha, você entra e eles não deixam ele (acompanhante) entrar com você, (...) eu fiquei muito tempo sozinha, entrei lá era 6 horas e o meu parto foi 7 e 20, hora que o Cauã nasceu, então foi muito tempo sem ele. Assim, eu queria que o Saulo tivesse comigo ali o tempo inteiro.

Patrícia (casal 2) descreveu sua experiência:

Não me falaram nada não, só vi ela (acompanhante) indo (...) depois que ela saiu, eu comecei a sentir muita falta de ar, aí eu queria que ela tivesse comigo, eu não queria que ela tivesse ido, eu queria que ela tivesse comigo e hora que eu acordei no corredor lá também. Fiquei olhando, procurando, mas não achava ninguém, porque eu queria saber dela (do bebê), aí ninguém falava nada. Aí eu escutava a voz dela (acompanhante) de fora lá na porta, mas não deixaram ela entrar

Célio (casal 5) disse:

Depois que o neném nasceu aí eles levaram ela (noiva) e ele (bebê) e eu tive que aguardar do lado de fora até eles levarem eles pro quarto. Aí nesse período eu não acompanhei (...) eu acho que seria bom se eu pudesse ter acompanhado isso também, porque o tempo que eu fiquei lá de fora (...) parece que foi uma eternidade, cada minuto que passava parece que eu ficava mais preocupado, 'será que tá tudo bem?'. Eu fiquei lá organizando mais uns papeis na recepção, mas mesmo assim.

Raquel (casal 5) confirmou:

Ele só não ficou comigo na sala de observação e eu senti falta dele, primeiro porque eu fiquei um bom tempo sozinha literalmente lá sabe, demorou outras mães chegarem, e depois, lá não tem acompanhamento e enfermeira o tempo todo igual quando a gente sobe pro quarto. Igual eu fiquei com dificuldade de levantar a maca, de abaixar a maca, e não tinha como eu fazer isso sozinha, e eu precisava dar de mamã e eu não conseguia levantar a maca, e eu tava com o bebê no bercinho ao lado (...) eu acho que eu precisava dele ali naquela hora, e eles não deixam ele ficar lá não sei porque (...) foi o único momento que não foi do jeito que eu gostaria (...) eu não queria ter ficado sozinha, porque principalmente nesse período pós parto a gente fica muito frágil, não só fisicamente, mas também emocionalmente, e a gente quer além do bebê mais alguém perto da gente.

Assim, a eficácia na implementação das leis já vigentes depende principalmente da vontade política das autoridades de saúde e dos gestores de serviços, tanto públicos quanto privados, para mudar a cultura tradicional de descaso com as mulheres durante o parto, ignorando o bem-estar, a segurança e o conforto das mesmas. A presença de acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SUS), como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização. Além disso, a informação regular sobre esta presença do acompanhante no parto deve ser parte de protocolos de serviços e dos treinamentos para os profissionais, incluindo a responsabilização dos serviços que recusam a proteger e cumprir os direitos das mulheres (Diniz et al, 2014).

Ainda nesse estudo buscamos os sentidos da presença do acompanhante para as mães entrevistadas. O desejo da presença do mesmo no processo de parturição deve partir da mulher, e a decisão de quem será essa pessoa é um direito garantido por lei. Muitos autores defendem a importância e os benefícios da presença de um acompanhante de confiança da mulher durante o

parto, mas sabe-se que cada uma vivencia esse momento de uma forma e para isso é necessário conhecer a pluralidade de sentidos que são produzidos pela mãe sobre a presença ou não presença de uma figura de apoio durante o parto. Patrícia (casal 2) contou:

Eu me senti mais segura, porque eu vi aquele tanto de gente lá, minha pressão já tava alta, aquele tanto de gente correndo pra um lado e pra outro, pensei: Nossa, porque que tá sendo tão rápido? (...) eu senti mais segura com minha mãe lá comigo

Motta e Crepaldi (2005), assim como Nakano, Silva, Beleza, Stefanello e Gomes (2007) apontam que a presença do acompanhante na sala de parto de escolha da mulher, independente de quem seja, além de propiciar apoio emocional, também oferece tranquilidade, incentivo, confiança, segurança e conforto. Luciana (casal 4) relatou:

Eu acho que foi fundamental porque na hora ali né, que eles estavam tirando o Cauã, ele (esposo) ia narrando para mim o que estava acontecendo (...) porque são pessoas que eu não conheço ali dentro do centro cirúrgico né, então tendo uma pessoa que você confia, foi muito importante.

Tais (casal 8) contou:

Ele (esposo) estava bem calminho, foi tranquilo! Eu nunca tinha entrado numa sala de cirurgia, nunca tinha feito uma, então ele me ajudou a ficar calma e consegui ficar tranquila com ele. Se não tivesse ninguém lá eu acho que eu ia ficar com muito mais medo, principalmente porque eles tiram o bebê e levam depois, eu ia ficar agoniada lá deitada sem poder fazer nada e nem acompanhar.

Helena (casal 6) disse:

Uma das grandes diferenças do parto domiciliar é essa participação do pai né? Ele ficou o tempo todo comigo, na mesma hora que eu falava que não ia conseguir, ele dizia, ‘mas você já está conseguindo’ (...) Sem dúvidas é muito importante essa

presença e como eu não vivenciei outro tipo de parto não tem muito como eu comparar assim, mas pra mim foi perfeito.

Karla (casal 7) relatou:

Durante todo o trabalho de parto em casa, ele acompanhou tudo, muito tranquilo, conversando, foi um companheiro mesmo assim pra mim, agora no hospital ele chegou no finalzinho já, (...) foi muito pouco a interação porque ela já estava nascendo (...) Eu acho que se ele tivesse estado comigo pouco antes dela nascer, a minha questão emocional assim teria sido bem diferente. (...) eu iria ficar muito frustrada se ele (esposo acompanhante) não tivesse chegado a tempo, tanto que hora que a enfermeira falou que ele não estava eu não acreditava que ele fosse perder, eu fiquei pensando muito nele porque eu sei que ele iria ficar muito frustrado também de não estar ali na hora do parto.

Raquel (casal 5) contou:

Na verdade eu não queria de jeito nenhum que meu noivo ficasse comigo, porque eu acho que um momento muito constrangedor, a vergonha, não sei, eu não queria que ele estivesse lá independente do tipo de parto, mas na ora você nem pensa assim, e no final das contas foi muito bom, ele me ajudou muito, ele foi um apoio moral, psicológico também, eu tava sentindo dor, eu falava pra ele ‘ Nossa eu tô sentindo dor, tá doendo muito, não tô aguentando’ Ai ele falava ‘Não, calma, daqui a pouco vai passar e o bebê vai nascer, calma!’ Então, foi muito bom pra mim! Sem contar que quando vinha as contrações ele ainda fazia a massagem na minha lombar e melhorava demais, então assim, foi muito bom ele ter ficado comigo lá. Hoje eu vejo que foi imprescindível ele ter ficado comigo lá.

Perdomini e Bonilha (2011) afirmam sobre a importância do pai da criança como acompanhante quando possível, o que promove efeitos positivos no relacionamento familiar,

principalmente na formação do vínculo pai-bebê. Além disso, essas autoras asseveram que tal acompanhamento pode diminuir as intercorrências desse momento, pela confiança proporcionada pelo acompanhante.

Contudo, existem mulheres que preferem a ausência de um acompanhante de sua escolha, se sentindo segura apenas com a presença da equipe profissional da instituição de saúde. Maria (casal 3), que trabalha na instituição de saúde, conhecendo toda a rotina do mesmo, descreve sua impressão sobre a presença de um acompanhante:

(...)a equipe tá lá (...) acho que quanto menos pessoas tiver no Centro Cirúrgico eu prefiro, é melhor, eu acho mais tranquilo (...) acho que em Centro Cirúrgico tem que ser o médico, a enfermeira e o anestesista mesmo e só, não sou de acordo com aquele tanto de gente não (...) Eu prefiro! Até foto, deixa pra tirar depois, depois que nasceu, tá arrumadinho, foi pro berçário e tomou banho.

Diante as inúmeras vantagens que a presença do acompanhante proporciona durante o processo do nascimento, principalmente em aspectos emocionais, sabe-se que a mesma é um direito e não um dever. Contudo, nota-se a escassez de estudos que explorem essa multiplicidade de sentidos sobre o real desejo da mãe pela presença ou não de um acompanhante na hora do parto, sendo a falta do desejo por parte da mãe em ter a presença de um acompanhante, ausente nos estudos encontrados. Dessa maneira, nota-se a importância de mais estudos de forma a compreender essas mulheres, eliminando a possibilidade de um ambiente conflituoso familiar que possa colocar em risco a saúde da mulher nesse período de fragilidade emocional, além de proporcionar-las um acolhimento respeitoso nos serviços de saúde.

Quanto aos pais, a oportunidade garantida por lei de acompanhar sua parceira durante o parto representa mais que um suporte emocional para a mulher, dando ao homem a chance de assistir e participar do nascimento de seu filho. Contudo, cada pai percebe esse momento de forma distinta e diante dessa diversidade de sentidos para o homem sobre “ser” ou “não ser”

participante ativo do processo do nascimento, buscou-se também compreender como se dá essa decisão e como é vivenciada pelos mesmos. Saulo (casal 4) contou:

Emoção total né (...) eu acho que é importante pro pai participar, pra ele tá junto da mãe ali, a mãe sentir (...)mas eu fui o único que acompanhei, porque os outros (pais) tudo ficava lá só na curiosidade, nenhum outro teve coragem não, e a mulher assim, sente falta dessa companhia, a mulher quer né a companhia do homem o tempo todo né?

Célio (casal 5):

Pra mim foi muito bom acompanhar, eu acredito que eu passei segurança pra ela também, conversava com ela o tempo todo. Não tinha criado nenhuma expectativa, mas diante do que foi eu fiquei bem feliz porque foi tudo bem tranquilo (...) Eu aconselharia outros pais que querem acompanhar a pesquisar antes como é o procedimento, pra dar um apoio maior né? Tem como se fosse uma massagem que você pode fazer que alivia um pouco a tensão quando vem a contração, ela me mostrou vários vídeos ensinando, e na hora acho que isso ajudou ela bastante, e pra ficar mais ciente mesmo do procedimento mesmo, pra passar segurança pra mulher de que tá tudo bem.

Caio (casal 7):

Foi algo muito diferente do que a gente pode imaginar, foi muito, muito bom, bem bacana mesmo, uma emoção que não dá pra descrever assim (...) Eu acho que o parto é um momento essencial pra ficarmos juntos, porque é um marco né, a partir dali vai tudo mudar, eu não queria perder esse momento não, foi indescritível participar!

Nélio (casal 6), que vivenciou um parto domiciliar planejado ao lado de sua esposa, descreveu sua participação:

Ela me acordou por volta de 2, 3h da manhã e fiquei com ela a partir daí (...) Fiquei perto dela o tempo todo (...) quando a dor começou a ficar mais intensa ela começou a ficar preocupada e eu também preocupei né (...) Aí eu fiquei tentando apoiar nesse sentido de encorajar ela e quando ela falava que não dava conta eu dizia que ela já tava dando conta, e que estava evoluindo. Ela dizia que tava com medo e eu disse pra ela que se ela quisesse a gente iria para o hospital, mas ela não quis, evoluiu rápido assim (...) Ela estava em pé no chuveiro e nessa hora eu estava ajoelhado de frente pra ela (esposa) assim (...) aí eu peguei ela (bebe), entreguei pra Helena, já puxei um banquinho que estava atrás de mim assim e pus pra ela sentar e fui buscar uma toalha, e no meio do caminho encontrei com a Rebeca assim no meio do corredor com uma carinha tipo 'o que está acontecendo?' (risos) Aí ficamos lá no banheiro nós 4, muito legal mesmo, muito diferente! (...) O fato de não ter ninguém na hora bateu certa ansiedade, mas na hora a gente não pensa em nada né, de que pode complicar e tal, mas deu tudo certo (...) foi muito mágico pra mim! No da Rebeca por ter mais gente e profissional aqui na hora, por muitos momentos eu me senti impotente e sem saber o que fazer, então eu ficava mais afastado, (...) agora dessa vez não teve jeito, eu fiquei o tempo todo com ela sozinho, as vezes eu ficava sem saber o que falar mas fui tentando acalmá-la assim (...). Pra mim como pai, esse negócio de ter pegado ela, e ter ficado só nós dois no momento mais importante da vida dela e da minha, acho que isso foi, foi indescritível mesmo (...) e depois ainda pegar a Rebeca e ficar nós ali foi, não sei dizer.

A presença do pai junto a mãe durante o parto é a melhor forma de demonstrar suporte e apoio emocional para ela, além de compreender a importância e os benefícios dessa relação, significando oportunizar a mulher uma vivência agradável desse momento (Perdomini & Bonilha, 2011). O pai do bebê pode ser considerado o acompanhante ideal para a mulher no

processo de parturição, devido a fatores como a formação de vínculo e a representação de laços de família. Estudos têm comprovado os benefícios da permanência do pai como acompanhante durante o processo de parturição, sendo evidente o relato positivo de mulheres que foram acompanhadas durante o processo de nascimento pelo pai do recém-nascido, sentindo segurança de ter uma pessoa conhecida para proporcionar carinho, cuidado e atenção (Motta & Crepaldi, 2005; Brüggemann et al, 2007).

Quanto à vivência do homem como acompanhante na hora do parto, Carvalho (2003) e Freitas et al (2007) afirmam que ela é efetivamente importante para fortalecer os vínculos familiares, principalmente entre pai-bebê. Da mesma forma, essa participação no nascimento implica uma oportunidade do pai se sentir parte inclusiva do processo de gestação e chegada do filho.

O papel do pai como acompanhante junto a mulher no parto, muita das vezes assume a função de fiscalizador dos procedimentos e condutas médicas, como Saulo (casal 4) contou: *“Então é bom acompanhar pra gente ver o que está fazendo e perguntar tudo, o que que é isso aí? O que que é esse remédio aí? Mesmo com receio do cara te dar uma “patada” a gente pergunta né? ”*. Ao assumir o papel de “curioso”, o pai pode ser visto pela equipe de saúde como um incômodo, podendo se sentir ameaçado quanto aos questionamentos do mesmo, contudo, esse fato não justifica a grosseria de alguns profissionais que possuem o compromisso ético e profissional de respeitar e cuidar do outro incondicionalmente. Essa relação entre profissional de saúde e pai acompanhante na hora do parto deve ser melhor compreendida, sendo necessário o estabelecimento de uma relação horizontal, sem hierarquias, com uma linguagem simples e com condutas que transfiram confiança de ambas as partes.

Assim, se os pais perguntam durante a cirurgia é porque suas dúvidas não foram sanadas pelos profissionais de saúde antes da mesma, como preconizado e recomendado pelos órgãos nacionais da saúde (Brasil, 2005, 2008a, 2014). O desconhecimento dos pais sobre o que de fato

acontecerá na sala de parto sugere uma maior ansiedade e nervosismo, alertando para a necessidade de esclarecimentos e preparo do pai para acompanhar esse momento, permitindo ao homem maior tranquilidade e uma vivência mais positiva do momento. Luiz (casal 8), que acompanhou sua esposa no parto, relatou:

Eles (médicos) não falavam nada sabe, ficava aquele silencio, eu esticava a cabeça e olhava, e ouvia elas conversando entre elas né? Eu ficava mais aflito ainda e tentando mostrar pra Tais que estava tudo bem! Não foi fácil não! (...) foi um momento de muitas sensações diferentes, nossa! Igual, eu achei o corte muito pequeno que fizeram nela, elas custaram tirar ela lá de dentro, eu achei bem agressivo (...), engraçado porque ela fez ultrassom 2 dias antes, eles podiam calcular melhor esse tamanho do corte né? E assim, ela nasceu bem roxinha sabe e eu ouvi a médica falando com a outra: ‘Nossa ela (bebê) é grande e não dá tempo de cortar mais, me ajuda aqui’ e eu vi elas com uma dificuldade lá (...) Eu fiquei muito agoniado essa hora e eu ouvia elas conversando ‘ Vai rápido, senão vai faltar oxigenação’, eu entendi a grosso modo que ela era maior do que o tamanho do corte né? E eu fiquei orando lá sabe (...) e eu vi a cabeça da Alice engastada lá sabe? Não foi igual os outros partos que eu já tinha visto em vídeos assim, que sai a cabeça e o corpinho já sai em seguida, o dela foi mais lento sabe? Mas graças a Deus ela nasceu bem!

Saulo (casal 4) contou:

Eu não fiquei criando uma expectativa de como seria, a gente fica só com aquele medo né, (...)eu achei que eu fosse passar mal lá sabe (...) porque eu já tava tenso (...) conversei com o pai que ficou no quarto junto comigo e ele falou que não participou porque não se sente bem, falou que ver essas coisas aí, as vezes passa mal também, aí fica pior, ao invés de ajudar podia é prejudicar.

Caio (casal 7) disse:

Quando eu cheguei lá no centro cirúrgico a impressão que eu tive foi que as enfermeiras e todo o pessoal ali estavam um pouco perdidos, parece que elas nunca tinham lidado com aquela situação, parto normal, algo assim, e aí quando eu cheguei elas começaram todas a falar ‘não chega perto, não chega perto’, e virou uma confusão, ‘não toca, não toca’ e eu não sabia o que que eu não podia tocar né? Se era nos panos em cima dela, se era nela (esposa) , se era no tecido que tava ao redor, mas depois que eu fui entender, aí o médico falou ‘Nela você pode pegar, só no resto que não’, as enfermeiras estavam ali bem perdidas em relação a isso, mas aí eu fiquei o tempo todo ali com ela, de mãos dadas até a criança nascer.

Perdomini e Bonilha (2011) enfatizam a necessidade da equipe de saúde que está assistindo o casal identificar possíveis momentos de tensão tanto do homem quanto da mulher, de forma a auxiliar o pai esclarecendo suas dúvidas e informando-o durante o processo de parto, para que assim essa não se torne uma experiência negativa em sua vida.

Muitos profissionais de saúde não oferecem informações aos pais acompanhantes contrariando a posição de Perdomini e Bonilha (2011), que afirmam que a inserção do pai na sala de parto sem antes oferecer orientação contribui para o aumento da ansiedade. Assim, ao invés de auxiliar na vivência desse evento novo e diferente, que é o nascimento de um filho, o profissional estaria dificultando tal experiência. Essa opinião também é defendida por Motta e Crepaldi (2005), ao passo que apontam o esclarecimento de dúvidas e o oferecimento de informações sobre a dinâmica do parto como fundamentais para a diminuição de fantasias e ansiedade presentes nos envolvidos. Pode-se acrescentar que talvez se fossem repassadas orientações sobre a dinâmica do parto, bem como sobre os procedimentos realizados durante esse processo, eles não tivessem vivenciado o sentimento de medo e desespero diante dos movimentos dos médicos. Além disso, ao amenizar a ansiedade desses pais, como assinala

Carvalho (2003) através da comunicação sobre o parto aumenta-se a possibilidade dos mesmos vivenciarem mais tranquilamente o nascimento de seus filhos. Brüggemann, Osis e Parpinelli (2007) evidenciaram em sua pesquisa que a expectativa negativa por parte dos profissionais da saúde sobre a presença de um acompanhante no parto tende a superação após a experiência. Essa transformação na percepção dos profissionais acontece por meio de um processo longo, mas já existente e que pode de alguma maneira contribuir para que orientações e esclarecimentos sejam mais bem prestados. Souza, Gaíva e Modes (2011) verificaram que para algumas instituições a presença do pai na sala de parto tem se constituído como uma possibilidade de humanização do parto.

Sendo assim, a experiência vivida dentro da sala de parto pelos pais é influenciada por diversos fatores, sendo o conhecimento prévio das possibilidades um meio de evitar frustrações. Beto (casal 2) optou por “não ser” o acompanhante por experiência anterior negativa desse momento: *“Eu já tinha conversado com ela (mulher) (...) a outra vez eu passei mal. ‘A sua mãe está querendo assistir, eu vou deixar ela assistir’, aí ela falou: ‘Não, não tem problema não’.”*. Dessa forma, reconhece a importância de uma pessoa próxima acompanhando sua mulher nesse momento, cedendo seu direito para outro familiar próximo e de confiança da sua companheira.

Contudo, nota-se uma falha no acolhimento do pai quando esse opta pelo “não ser” o acompanhante na hora do parto, como conta Beto (casal 2):

(...) eu sabia que entre 1 a 2 horas eu iria ter que esperar, mas eu fiquei muito ansioso porque celular não pega lá dentro e eu não tinha nenhum contato com minha sogra. E 1 hora nada, 2 horas nada, 3 horas eu já comecei a ficar preocupado, alguma coisa aconteceu, ninguém me fala nada. Depois de umas 4 horas e meia que ela saiu lá de fora, mas eu já estava louco lá de fora, porque você fica sem notícias né? (...). Fiquei sozinho lá de fora. Sozinho assim né, porque o celular não parava de ligar, toda hora me ligava um: ‘e aí? Nasceu?’ Isso me

deixava mais nervoso ainda (...)Eu até cheguei a perguntar pra recepcionista que estava lá era umas 6 horas (...)Ai era umas 8 da noite quando ela foi ligar lá, ai ela só falou assim pra mim ó: “Já foi feito o parto só que ela está em observação e eu não posso te dar mais detalhes agora, mas ela tá bem” ‘E a bebê?’ ‘Eu tenho a informação que ela está no berçário, entendeu? Agora tem que aguardar um momento, que tem uma acompanhante já lá e ela vai te dar mais informações quando ela vier, entendeu?’ ‘Aí passou mais ou menos 1 hora ela desceu, aí ela me explicou o que tinha acontecido.

As informações repassadas para o pai, após ele ir de encontro com as mesmas, foram através de profissionais administrativos do hospital, o que presume uma negligência dos profissionais de saúde quanto ao atendimento integral da mulher e do acolhimento devido a seus familiares. O fato do pai optar em não acompanhar a mulher no momento do parto não significa que o mesmo está desinteressado ou despreocupado com o acontecimento, sendo indispensável o acolhimento devido ao mesmo. Beto (casal 2) relatou:

(...) é muito preocupante você não saber, não tá lá, não saber o que está acontecendo, tá sua mulher e sua filha que tá pra nascer, você não tá vendo o que tá acontecendo e depois disso, eu fiquei pensando, fiquei arrependido de não ter entrado pelo fato das coisas que aconteceram entendeu? (...) graças a Deus não aconteceu nada de mais, mas se tivesse acontecido, (...) tipo ela nascer e tivesse falecido e eu não tivesse visto aquele momento ali, eu acho que seria bem pior pra mim, porque eu fiquei pensando isso ai no outro dia sabe? Eu podia ter entrado, se eu tivesse entrado eu já teria visto minha filha, não importa o jeito que tava, mas pelo menos eu tirava esse negócio de dentro de mim sabe? Eu tava bem ansioso pra ver ela, então eu fiquei bem arrependido de não ter entrado, bastante mesmo.

Guzzo (2008) afirma a importância de uma equipe de saúde preparada para acolher e proporcionar ao casal um momento agradável, tranquilo, contribuindo para que esta seja uma experiência positiva para ambos. Contudo, temos pais que vivenciam esse momento indiferentemente, como conta João (casal 3):

Não lembro. (risos) Pera aí, (pausa) Uai, foi eu quem levei ela? (risos) Foi, deixei ela lá na porta e fui trabalhar era antes das 7 (horas). Minha filha que foi com ela, ela já tem 18 anos e ficou com ela lá.” (...) pra mim (fazendo gesto de “tanto faz”) é tudo conversado já né. Eu trabalhava a noite, passei a trabalhar de manhã., não teve jeito de eu ir (assistir o parto). E eu nunca entrei também, igual, tem gente que entra, filma, igual meu primo, tirou um monte de foto, do médico abrindo a barriga, tirando o bebezinho, ah não, não. (...)Mas foi só 2 dias, ela ganhou na Quinta e Sábado ela já estava em casa já né (...)

Mesmo esses pais precisam ser acolhidos e respeitados em sua decisão. A paternidade e suas várias formas de expressão merecem maior atenção por parte dos profissionais que trabalham nos locais que prestam apoio a esse público. A política da humanização assim como as leis que desembocaram dela, vieram para garantir o direito principalmente de escolha e autonomia por parte dos sujeitos que a envolvem, e uma vez informados e empoderados, poderem tomar decisões conscientes. Sendo assim, independente da escolha feita pelo pai sobre sua presença ou não na sala de parto junto a mulher, o mesmo deve ser acolhido e respeitado pela equipe de saúde, sem pré-conceitos ou acusações.

6.2.4. Relação entre mãe, pai e bebê na hora do parto: primeiro (des) encontro

O nascimento de um filho é vivenciado de formas diferentes para pais e mães, sendo a adaptação à nova situação influenciada pelas características individuais de cada um, assim como

as características individuais do bebê. A transição para a parentalidade exige várias mudanças em que ambos os membros do casal têm de ajustar-se para assumir novos papéis diante do nascimento de um ser dependente (Moura- Ramos & Canavarro, 2007).

Dessa forma, a transição para a parentalidade pode ser mais facilitada quando o casal vivencia o processo do nascimento com um contato abreviado com o recém-nascido, o que permite a criação de vínculo precoce e um apego saudável para o recém-nascido, minimizando os impactos da transição intra para extra-uterina (Piccinini et al., 2004; Conde & Figueiredo, 2007). Assim, esse tópico busca relatar de que forma tem acontecido a relação mãe - bebê e pai-bebê na hora do parto de seus filhos, além de compreender qual o sentido desse primeiro contato (visual e pele a pele) para as mães e para os pais.

Tratando-se primeiro da relação mãe-bebê, Domingues (2012) afirma ser o parto a representação do rompimento da ligação entre o corpo do bebê e o corpo da mãe, surgindo então um novo ser. Esta partilha se configura não apenas fisicamente, mas também emocionalmente.

O nascimento do bebê é um período emocionalmente vulnerável, devido às mudanças intra e interpessoal desencadeadas pelo parto. Com o parto rompe-se a imagem idealizada do bebê ao mesmo tempo em que este passa a se tornar um ser independente da mãe, recebendo todo o carinho e atenção que antes era desprendido à gestante. Este momento é, portanto, onde a mãe irá atribuir um novo significado à experiência da maternidade (Borsa & Dias, 2004).

Assim, a formação do vínculo mãe-bebê é essencial tanto para mãe quanto para o bebê. A atitude emocional da mãe orienta o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência e servindo como organizador da sua vida psíquica, por possibilitar identificações que poderão influenciar seu desenvolvimento ao longo de toda a sua vida (Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Maldonado, 2002).

A primeira hora de vida de um bebê é um período denominado de inatividade alerta do RN que dura em média quarenta minutos e esses momentos iniciais são uma fase sensível,

precursora de apego e a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu bebê. O profissional de saúde envolvido no nascimento é um facilitador ou não deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça de fato (Zveiter, 2003).

Assim, a humanização do parto e nascimento tem sua preocupação em acolher bem o recém-nascido (RN), suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extra-uterino, sendo uma das medidas favoráveis o contato corporal imediato entre a mãe e o RN. A realização de procedimentos de rotina com o bebê na sala de parto deixa de ser o foco principal da assistência, assim ele deve ser colocado sobre o ventre da mãe logo após o nascimento, sendo acariciado por ela e somente após alguns minutos corta-se o cordão umbilical (Lacava, Goldman & Vieira, 2007). Em condições satisfatórias para a mãe e o conceito, logo após o parto, deve-se estimular o contato físico entre ambos e a sucção precoce por contribuírem para o estabelecimento ou continuidade do vínculo além de outros benefícios (Cruz, Sumam & Spindola, 2007). Tais (casal 8), que teve cesariana, contou: “ *Eu vi ela (bebê) assim que tirou, mas peguei e curti mesmo depois que fui pro quarto. Ela ficou bastante tempo lá no berçário depois que nasceu, antes de ir pro quarto, acho que foi de 3 a 4 horas depois*”. Camila (casal 1), também com parto cesárea, relatou:

Ah, foi na hora (meia noite), foi rápido (...) ele estava peladinho, pôs ele aqui assim (apontou pro ombro esquerdo), mas eu não dava conta de segurar né? (...) estava com o aparelho de pressão e não dava pra dobrar o braço (...) dá vontade de pegar ele direitinho assim mas eu entendi, por causa que também não podia tirar os aparelhos que não tinha terminado né? Ela tava costurando, terminando ainda a cirurgia (...) Eu não lembro quantos minutos que durou pra dar os pontos, mas acho que eu cochilei depois disso, ele (bebê) já tinha ido para o berçário. Ai eu fui ver ele só quatro e meia da manhã que eles levaram ele pro quarto, demorou até eles

levarem ele, aí ele nem ficou lá, ficou um pouquinho, uns 2 minutinhos e eles levaram ele de volta.

Luciana (casal 4), com parto cesárea, disse:

Aí ele nasceu, o médico falou assim: 'Nossa, é gordinho Luciana' (...) aí o pediatra já pega né, mas eu nem tinha visto, aí o pediatra fez todo o procedimento, (...) aí ele veio e trouxe ele né, me mostrou, tiramos algumas fotos, aí ele já chamou o Saulo pra sair da sala e levou ele (bebê). Nisso eles ficaram mais um tempo lá né, de certo costurando (...) eu não vi pra onde eles foram não (...) Eu confiei no Saulo. Eu já tinha falado pra ele acompanhar, ver se eles colocaram a pulseirinha direitinho né, porque a gente tem medo, porque (...) nessa hora lá, era uma entrando e outra saindo, uma entrando e outra saindo, nesse dia nasceram 8 crianças de manhã, então eu falei pro Saulo prestar atenção. Mas foi só 2 meninos, o Cauã e outro lá, o resto foi tudo menina (Risos).

Maria (casal 3), com cesariana, relatou:

Foi na hora né, depois levaram ele (...) Como a gente tem confiança né? Se fosse talvez em outro hospital eu ficava mais apreensiva, mas lá não. (...) eles já pesam e tudo, fez os primeiros exames (...) Eu prefiro, até foto, deixa pra tirar depois que nasceu, tá arrumadinho, foi pro berçário e tomou banho

Karla (casal 7), que teve seu parto normal, disse:

O bebê ficou pouquíssimo tempo comigo, colocaram ela em cima de mim, eu estava de camisola e ela nem ficou toda encostando em mim também, mas logo em seguida já levaram ela, eu queria ter amamentado ali mesmo, queria ter meu momento com ela, mas isso não aconteceu, eles já pegaram ela e 'Não, tem que pesar e tal' como se estivesse alguma coisa errada né, não esperaram o cordão parar de pulsar também pra cortar, deixou o Carlos cortar mas não esperou parar de pulsar, foi

muito rápido! Eu estava com ela aqui (apontou pro peito), eles simplesmente vieram e pegaram ela, sem me falar nada, nem falou a gente vai fazer isso agora, não! (...). Eles tomaram ela de mim! Foi isso, eles me tomaram ela! Não dá pra esquecer! Foi muito engraçado assim, porque quando colocaram ela no meu peito ela começou a chorar e eu comecei a conversar com ela e ela começou a me procurar assim, me olhou assim e continuou me olhando falar com ela. Isso assim foi muito emocionante, eu senti que ela conheceu mesmo a minha voz naquele momento! (...) Eu fui pegar ela novamente era 2, 3 horas depois quando eu fui pro quarto, porque eles custaram me levar por causa dessas autorizações de convenio né? Demoraram bem, e depois que eu cheguei no quarto eu não me senti bem, fiquei tonta, desmaiei, só depois que dei uma melhorada é que trouxeram ela e eu já pus ela pra mamar. Ela já veio limpinha, toda arrumadinha, embrulhadinha no cobertor.

Raquel (casal 5), que teve parto normal, disse:

Na hora que ele nasceu as enfermeiras vieram colocar ele comigo aí eu ‘ Não, não! Leva ele (bebê) pra lá’, porque eu ainda estava sentindo dor né, ainda tinha que fazer a massagem pra sair a placenta e eu não queria segurar ele sentindo dor, aí elas levaram ele lá pra limpar e pesar (...) aí depois que eu fui pra sala de observação, eles já tinham me limpado e tal (...) Desde então ele ficou comigo o tempo todo.

Helena (casal 6), que teve parto domiciliar, falou:

Eu não consigo imaginar assim, igual contam ser no hospital, de levarem o bebê pro berçário e a mãe ficar longe, e aí fazem um monte de coisas com seu bebê, dão mamadeiras sem muitas vezes falar pra mãe, (...) eu não sei o que é isso, (...) ainda bem! Ela (bebê) ficou com a gente o tempo todo!

Diante da notória limitação no primeiro contato entre mães e bebês vários autores citam a cesariana como uma das possíveis causas. Albuquerque et al (2007) traz que na cesárea a mãe tem uma recuperação mais difícil o que acarreta um período maior de separação entre ela e o filho, uma demora no primeiro contato entre eles e no início da amamentação. Liu et al (2007) afirmou em seu estudo que a cesárea eletiva quando comparada ao parto normal espontâneo está associada a uma pior relação mãe-bebê.

Mesmo algumas mães tendo descrito a o desejo de segurar seus bebês quando este acabara de nascer, mostram conformidade com as rotinas hospitalares e passividade quanto aos procedimentos realizados. Patrícia (casal 2) contou sua experiência:

(...) quando eles tiraram ela (bebê), (...) eles tamparam. Ai o médico pegou e passou de costas, porque ela tava bem preta, ai já tava tudo pronto já, a UTI já tava tudo pronto, eles só mexeram nela lá, um monte de gente (...) ligaram e saíram com ela naquele bercinho lá de carrinho (...) subiram com ela correndo (...) não deu nem pra mim, nem minha mãe ver não. Assim, eu sei que ela nasceu bastante roxa porque na hora que eles passaram, minha mãe levantou pra poder ir lá ver, ai até o médico foi e mandou tirar ela (...) Nessa hora me deu muita falta de ar, ai o oxigênio lá ficava subindo e descendo, subindo e descendo, ai eles (profissionais) foram lá e colocaram uns negocinhos ai eu fui eu dormi, depois que ela nasceu, ai eu fiquei tonta e dormi, quando eu acordei depois eu já tava lá no corredor (...) depois eles (profissionais) falaram que não ia dar pra mim ver ela (bebê) né? Ele (obstetra que fez o parto) falou: Olha, sua neném você não vai ver ela porque ela não nasceu bem, ai quando você tiver mais forte, ai você pode subir lá no berçário, lá você pode subir o tempo todo. Mas eu estava passando muito mal e só consegui “subir” pra ver ela no terceiro dia (...) eu fiquei com dó porque ela tava toda cheia de aparelho, eu chorei muito.

A informação do que estava acontecendo chegou para Patrícia (casal 2) somente após algumas horas findado o seu parto, ficando até então sem saber nada sobre o estado de saúde de sua filha. A hospitalização em Unidade de terapia Intensiva Neonatal (UTIN) coloca o bebê em um ambiente inóspito, onde há exposição intensa a estímulos nocivos, como o estresse e a dor que são frequentes, com ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos e dolorosos que são constantes nessa rotina. Porém é inquestionável que a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevida dos bebês de alto risco. No entanto, a fragilidade da pele, bem como a presença de tubos e sondas são causas de sofrimento, visto que os mesmos não estão preparados para tantos estímulos que lhes são estranhos, considerando que antes viviam em um ambiente protegido pelo líquido amniótico, ouviam os batimentos cardíacos da sua mãe, e o som da voz dela (Carvalho, 2001).

Assim o impacto da separação brusca de sua mãe logo após o nascimento torna válida ações em saúde que visa a humanização da assistência em UTINs pautada no atendimento das necessidades de todos os agentes envolvidos nesse processo, principalmente da mãe e do bebê. No caso de Patrícia (casal 2), seu encontro com a filha foi possível após 3 dias do nascimento, uma vez que a estrutura física dos locais não era facilitada e as condições de ambas inapropriada para se deslocarem. Contudo, estratégias de acolhimento para essa mãe de forma a reduzir o tempo de separação do seu bebê podiam ter sido elaboradas a fim de propiciar o bem-estar de ambas.

Por fim, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 371, de 07/05/2014, oficializou o direito ao parto humanizado, incluindo o clampeamento do cordão umbilical somente após o fim da pulsação sanguínea. As diretrizes fazem parte da organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS) e oficializam recomendações da OMS e do próprio Ministério. A portaria recomenda que o bebê saudável, com ritmo respiratório normal, deve ser colocado sobre o abdômen ou tórax da mãe, em contato direto pele-

a-pele, de acordo com sua vontade, em ambiente aquecido. Além disso, a nova regra também prevê a amamentação ainda na primeira hora de vida da criança. Procedimentos de rotina do bebê, como exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas e profiláticas devem ser realizados somente após estes primeiros cuidados, o que representa mudança na lógica de atendimento. Para os recém-nascidos com respiração ausente ou irregular, tônus diminuídos e/ou com líquido meconial, a portaria estabelece que o atendimento deverá seguir o fluxograma do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), sendo a presença de um profissional treinado, médico ou enfermeiro, obrigatória nos atendimentos aos partos. Dessa forma, é notória a ilegalidade na assistência durante ao parto das mulheres entrevistadas, não tendo nenhum apoio para o estabelecimento de uma relação com seus bebês, assim como o desconhecimento das mesmas quanto a existência desse direito.

Outra preocupação das mães era quanto a “erros” por parte da instituição, como a troca de bebês por exemplo, o que demonstra desconfiança da equipe de saúde, que levam os seus bebês para longe antes mesmo que haja um contato digno de reconhecimento entre ambos. Alguns pais relataram o mesmo, como Luís (casal 8):

Eu sinto que fiquei um pouco anestesiado quando cheguei lá (hospital) porque era tanto bebê, e tantos que iam nascer no mesmo horário que eu confesso que fiquei com medo. Inclusive tinha uma mulher lá na maternidade, todas estavam uniformizadas e com crachá e ela estava com roupa normal assim sabe e eu fiquei com medo, de olho nela o tempo todo, (...) e ela ficava no meio dos profissionais, pegando os bebês lá (...) depois eu fui entender que ela era novata lá, recém contratada, mas eu sou preventivo assim sabe, vai que a gente é o 1 caso dos 100 né? Então assim, eu fiquei de olho o tempo todo, isso me incomodou porque eu só pensava nela (bebê), e um medo deles fazerem algum mal pra ela né?

A preocupação do pai sugere total desconfiança das pessoas que circulam o ambiente em que sua filha nasceria, se sentindo no dever de “vigiar” sua filha, ao invés de acolhê-la, impedindo uma vivência plena do momento. O envolvimento emocional do pai com o bebê ou Bonding (termo introduzido por Klaus e Kennel em 1976), que significa a criação de laços afetivos, isto é, a criação de um tipo de relação tão forte, única e específica, que se forma entre pais e bebês, permitindo dedicarem-se mutuamente durante muito tempo, desenvolve-se e é mantido pela proximidade e pela interação, ou seja, pelo contato sistemático entre pais e filhos, permitindo reconhecerem-se mutuamente, identificando-se como membros da mesma família, passando a amar e a aceitar o filho (Edwards, 2002). Para muitos casais, os bebês são vistos como a oportunidade de se tornarem verdadeiramente uma família e supõe-se que o envolvimento emocional entre pais e bebês funciona como facilitador para o envolvimento emocional também entre mães e bebês. (Cardoso, 2003; Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007). Porém, pouco se sabe sobre as emoções dos pais sobre os bebês, a forma como se constrói e evolui o envolvimento emocional entre os mesmos e quais as diferenças entre os pais e as mães neste processo, sendo necessários mais estudos que abordem todos esses aspectos.

Os pais dos bebês contaram como aconteceu o primeiro contato visual e primeiro contato pele a pele com seus filhos, sendo notada uma despreocupação para um contato imediato após o parto, o que mostra mais uma vez a negligência de muitos profissionais no repasse dessas informações, assim como a promoção de um ambiente favorável para que esse contato se estabeleça de fato. Geraldo (casal 1) contou: “ (...) o enfermeiro me chamou: ‘pode vir cá pai pra você ver seu filho’, aí ele já me mostrou, foi muito rápido, acho que eles não tinham nem limpado ele direito ainda, mas só peguei o Mateus no outro dia”. Luiz (casal 8) falou: “Quando ela nasceu, eles já limparam ela e trouxeram pra gente ver e tirar foto, daí já levou ela pro berçário. ” João (casal 3) disse: “Foi lá mesmo no hospital, no outro dia que eu vi e peguei (...)”. Saulo (casal 4) relatou:

Só na hora que ele nasceu que eu vi o médico fazendo aquele negócio de sucção né pra poder limpar as vias e depois (...) o pediatra pegou ele e levou pro berçário, eu acompanhei ele o tempo todo né em cima do médico, porque eu pensei assim, eu não conheço o rosto do meu filho. Entrei, eu também sou assim, eu sou um cara que finge de bobo, eu chego entrando nos trem, depois que eu já to lá dentro ‘Ah, não pode entrar aqui não’ ‘Ah, não pode não?’ Eu sou assim, mas não é todo mundo que é assim não né? (...)Aí eu sai e eles puseram ele naquela “luzinha” quente pra gente ver ele do lado de fora também (...) mas quando ele (bebê) veio pro quarto pra mim pegar mesmo, abraçar, acho que foi umas 3 a 4 horas depois.

Nélio (casal 6), que vivenciou um parto domiciliar, descreveu:

Acho que paternidade é muito mais do que isso, mas isso que eu vivi de pegar ela ao nascer e ficarmos juntos ali por um tempo, com a Rebeca de boa (...), foi algo marcante pra mim (...) eu comentei esses dias (...) não sei como alguém que não viveu isso assim, não sei como a pessoa se sente tão completa assim, como eu me senti, como não conseguem viver isso, como não, as famílias não podem ser protagonistas de seus partos? (...). Eu não consigo imaginar algo diferente disso! Ela (bebê) ficou com a gente todo o tempo.

Célio (casal 5):

O que mais me marcou foi hora que o bebê chorou, é onde vem a emoção. Foi meu primeiro contato com ele, assim que ele nasceu! Uma alegria de saber que tá tudo bem com o bebê (...) Eu não peguei ele (bebê) quando ele nasceu porque tinha que fazer uns procedimentos, o pediatra estava avaliando ele, aí eu peguei ele depois que ele já estava no quarto, tipo umas 3 a 4 horas depois do parto, mas foi muito bom também! Depois do parto por eu ter ficado longe dela (esposa) eu não vi nada do

que fizeram com o bebê. Não sei qual a importância real desse primeiro contato, mas sei que é importante.

Caio (casal 7):

Deixou ela (bebê) ficar com a gente na sala de parto um pouco, uns 2 minutinhos talvez depois o obstetra deixou eu cortar o cordão, (...) aí eu deixei a Karla um pouquinho e fui lá olhar a criança (...) O pediatra levou ela (bebê) pra sala ao lado e fez todo procedimento ne? Aquele negócio de sucção, pelo o que já me falaram, achei que fosse algo pior, mas achei que foi tranquilo, ela nem chorou e fez escândalo assim (...) depois eles levaram ela pro berçário, e eles já não me permitiram acompanhar. Fui com ela até na porta do berçário e voltei pra ficar com a Karla. Quando eles voltaram com ela pro quarto já, depois de umas 3 horas, aí eu percebi que eles já tinham feito mais coisas com ela, passado algum medicamento, não sei, porque ela estava com os olhinhos bem alaranjados (...) mas depois disso ela ficou a maior parte do tempo com a gente (...) a Karla já colocou ela pra mamar e ela mamou, depois que eu peguei ela, (...) tiramos fotinha, e foi muito bom, nossa!

Nota-se que a prática profissional nas maternidades não prioriza um contato rápido e nem um momento para estabelecimento da relação pai e bebê, como preconizado no ideário da humanização do parto, mesmo os bebês estando em boas condições de saúde. Beto (casal 2) conta a experiência que viveu com sua filha que apresentou complicações ao nascer:

(...) ela foi pra incubadora (...) não consegui ver a neném no primeiro dia. Eu fiquei chateado, fiquei muito triste, porque eu vim embora, (...) vim sozinho, não vi a neném, ela ficou lá, então nossa! Minha cabeça tava a mil! (...) no segundo dia que eu fui né, e que eu consegui ver ela (...) nossa! foi ruim quando vi ela pela primeira vez, porque ela estava toda cheia de aparelhos, com sonda entendeu? (...) eu cheguei

chorei, chorei mesmo perto dela, por tá vendo ela daquele jeito (...) mas eu pude pegar ela só no 3º dia.

A hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma condição que pode gerar danos emocionais para toda a família, principalmente para os pais. Os pais mantêm a esperança de que seu filho será saudável e durante a visita à UTIN, são surpreendidos por um estado inicial de choque provocado pelo nascimento inesperado de um bebê em condições adversas, e depois, pelo confronto com uma realidade diferente da idealizada (Souza et al, 2009; Martins; Scheidt & Rocha, 2011).

A internação dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse dos pais podendo prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego. Assim, cabem aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado do recém-nascido se responsabilizarem também pelo acolhimento da família, o que demanda capacidades para avaliar, entender e apoiar com segurança os mesmos, durante esse tempo crítico (Reichert, Lins & Collet, 2007). Para Schmidt et al (2012), compreender os sentimentos e as necessidades dos pais na primeira visita ao filho internado na UTIN é essencial, sendo necessárias medidas de intervenção que possam amenizar as implicações negativas desse período, o que não aconteceu com o casal entrevistado.

As incorporações de novas tecnologias assistenciais podem transformar os pais em meros observadores, impedindo-os de realizar cuidados aos filhos ou até mesmo a criação do vínculo necessário após o nascimento (Martins; Scheidt & Rocha, 2011; Minuzzi et al, 2008; Guimarães & Monticelli, 2007). Diante disso, é necessária uma assistência que promova, como unidade de cuidado, a família do RN, sendo reconhecido suas individualidades e pluralidade de vivências do momento (Gooding et al, 2011; Guimarães & Monticelli, 2007). A equipe multiprofissional desempenha neste contexto um papel muito importante no acolhimento aos pais, a fim de que as experiências emocionais possam ser melhores enfrentadas e o sofrimento vivenciado por eles minimizado, reduzindo a ansiedade e o medo (Gaíva & Scochi, 2005).

Contudo, a relação pai-filho foi negligenciada por muitos anos, começando a assumir uma importância no estudo do desenvolvimento da criança a partir da década de 90 (Silverstein & Auerbach, 1999). Fonseca e Taborda (2007) referem que se comparada à amplitude que esta assume no desenvolvimento biopsicossocial da criança são poucos os estudos que abordam a temática. Mesmo sendo escassos, estudos em geral concluem que a participação do homem na vida dos filhos traz repercussões positivas para ambos. Alguns dos sentimentos que o homem vivencia referem-se à possibilidade de desenvolver valores, como a receptividade, a empatia, a compaixão, bem como sentimentos de responsabilidade, continuidade e plenitude. Já, para os filhos, a participação dos pais em seu desenvolvimento os torna “fisicamente mais saudáveis, emocionalmente mais seguros e mentalmente mais perspicazes” (UNICEF, 2001 como citado em Martins, 2009, p.66).

Genesoni e Tallandini, (2009) afirmam que a ligação emocional entre o pai e o filho é determinante para a transição do pai para a paternidade e também para o desenvolvimento do bebê. Desse modo, passaram a ser incentivados comportamentos para a promoção do vínculo entre pai e bebê precocemente, desde a gestação, parto e principalmente nos primeiros dias de vida da criança (Lopes, Catarino & Dixe, 2010). Assim, existe uma tendência atual para que os pais se identifiquem como um casal inteiramente ligados com a vivência de todo o processo de gestação, procurando ter um papel ativo em todo o processo de parturição, tendo em vista a crescente literatura que aponta vantagens para a tríade mãe-pai-filho com a presença do pai no parto. Todavia, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos e recebam formação para proporcionar ao pai uma experiência satisfatória e positiva, de forma a respeitá-lo em suas decisões e acolhê-lo sem preconceitos (Genesoni & Tallandini, 2009).

6.3. Pós-parto imediato

O período pós-parto, também conhecido como puerpério, é a fase em que ocorrem manifestações regressivas, de retorno ao estado pré-gravídico, contemplando modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e pelo parto. Corresponde aos 42 dias após o parto e pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (Rezende, 2005). Assim, delimitamos a discussão para os acontecimentos vivenciados pelas mães e pelos pais no pós-parto imediato, período em que geralmente ocorre a transição do ambiente hospitalar para o domiciliar.

6.3.1. Relação mãe, pai e bebê momentos após o parto

Passada a hora exata do nascimento, os pais tendem a buscar uma relação de proximidade com o bebê, uma vez que esse novo ser depende de cuidados básicos para se desenvolver. Esse contato com o bebê nos seus primeiros dias de vida é trazido sob uma nova perspectiva pela política de humanização do parto e nascimento (PHPN) que entende a importância desse contato com seus pais como algo muito além do que dispensar cuidados básicos, mas como uma oportunidade de criação de laços emocionais entre a tríade, com benefícios a curto e a longo prazo.

Com a portaria nº 371, de 07/05/2014 do Ministério da Saúde, o contato pele a pele ainda na primeira hora de vida da criança passam a ser regra, visto os incontáveis benefícios atribuídos a essa prática. Contudo, nota-se que os sentidos para essa relação são variados e dependem não só do perfil sociocultural de cada família, mas também do sistema de saúde e das práticas institucionais as quais os pais são submetidos.

Sobre a importância do contato entre os pais nos primeiros minutos e dias de vida do bebê, alguns entrevistados relataram ter o conhecimento, porém sem saber o motivo real para essa recomendação, como contou Saulo (casal 4):

Não, assim, a gente ouve muito falar sobre isso, sabe que é importante esse contato, esse afeto né, mas o motivo, o porque não. Sei que é importante ele sentir esse afeto pra ele poder já sentir a presença dos pais e tudo, isso é uma psicologia né?

Beto (casal 2) também relatou:

(...) muitas pessoas já me falaram, assim, como se diz, a partir do momento que você tem o contato, você se apega mais, e parece que a criança sente. (...) A enfermeira lá falou: ‘Olha, vocês se apeguem mais a ela por ter ficado todo esse tempo longe de vocês sabe, apega mais a ela, fiquem mais carinhosos, eu sei que você tem outros filhos mas dá mais atenção. ‘ (...) ela não falou o porquê, só disse pra ficar mais junto com ela, dar mais atenção, pelo fato dela ter nascido e não ter ido direto pra mãe, não ter amamentado direto, pelo contato, pelo carinho, da mãe tá junto, de trocar, de enrolar, de aquecer, não ficar só separado entendeu? Foi só uma observação dela mesmo pra ficar mais junto.

Karla (casal 7) contou:

Sei da importância desse primeiro contato pela questão do vínculo né? Li sobre isso, sobre a aproximação nesse primeiro momento e a forte ligação emocional que envolve isso, inclusive a influência disso para questões como a depressão pós-parto assim.

Observa-se uma lacuna existente entre as recomendações de contato precoce para criação de vínculo entre os pais e o bebê e as justificativas atribuídas a esse momento. Vários estudos apontam essa importância (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002; Rocha, Simpionato & Mello, 2003; Tomeleri et al. 2007; Perdomini & Bonilla, 2011; Brasil, 2014), trazendo até mesmo a

descrição de benefícios a curto e longo prazo para isso, porém estudos são escassos, mostrando a necessidade de mais pesquisas sobre a temática.

Nota-se também que as recomendações acabam trazendo um “peso” sobre aqueles que não conseguem segui-las devido a intercorrências clínicas, como conta Patrícia (casal 2) que após o nascimento de sua filha a mesma foi levada para UTI Neonatal:

Lá tem uma palestra, falando sobre isso (importância contato precoce pele a pele). Assim, a maioria das coisas eu já sabia. (...) eu só achei ruim porque eles disseram assim que o primeiro momento da criança é com a mãe, igual o negócio do peito ela não teve assim. Tipo, a primeira coisa dela ser a mãe, ela não teve isso, ela foi mamar em mim tinha três dias, assim, eu não fui a primeira pessoa que pegou e dei mama pra ela, ai nisso eu achei ruim, porque eles falaram que é importante, que é a primeira vez que ela vai mamar e tal e eu não tive isso.

Primeiramente, a palestra sobre a importância desse contato deveria acontecer com enfoque maior durante o pré-natal, não na maternidade com mães que já tiveram o parto de seus bebês, o que desperta um sentimento de “culpa” das mães que não tinham o conhecimento sobre o assunto anteriormente. Além disso, é importante o acolhimento da mãe e da família que não conseguiu ter esse momento após o nascimento resguardado, e esse amparo a essa família desse ser de maneira respeitosa, sem culpas, de forma a mostrar possibilidades diferentes para os mesmos ao invés de pontuar a falha desse contato precoce.

Sobre como aconteceu essa relação entre o bebê e os pais nos primeiros minutos de vida do bebê, foi notória a diversidade de narrativas contadas pelos pais acerca desse momento. Maria (casal 3) relatou:

(...) a primeira vez que peguei ele foi no quarto, já é aquela hora que começa a acabar a anestesia né? Ai vem um pouquinho de dor, ai você pensa ‘Nossa, agora eu vou ter que ficar forte né?’ Mas não lembro quanto tempo foi depois que ele nasceu,

Uai (pausa), deixa eu lembrar (pausa) sabe que eu não lembro que horas que eles levaram ele pro quarto? Eu fui para o quarto umas 11 horas, esses dias eu tava até tentando lembrar como que foi, mas a gente parece que fica meio assim por causa da anestesia né? Nossa (risos) eu vou ter que até perguntar minha filha (acompanhante), eu não tô lembrando mesmo, mas é sempre uma sensação muito boa né?

A falha de memória de Maria sugere uma forma diferente de encarar esse momento de primeiro contato com o bebê, rompendo com o ideário de uma relação “perfeita”, vivenciado de forma intensa e marcado profundamente na memória dos pais, como afirmam muitos autores (Hotimsky & Alvarenga, 2002; Tomeleri et al., 2007). Fato esse que nos faz atentar para a importância de prestar uma assistência e um cuidado particularizado para cada contexto familiar.

Dentre os empecilhos encontrados para uma relação familiar dentro da maternidade, Saulo (casal 4) descreveu:

A única coisa que é ruim é te que dividir quarto, mas essa é uma questão também de plano de saúde, quanto você paga, essas coisas, mas isso aí é bom você ter a sua privacidade né porque você perde a sua privacidade (...) Igual, a mulher tá dolorida, criancinha nova, a outra nenemzinha chorava o tempo inteirinho, a mulher que estava no mesmo quarto que a gente acordava muito a noite sabe, conversava alto, então tem pessoas que não tem o “desconfiômetro” sabe (...) é complicado.

A falta de privacidade descrita por Saulo aponta mais uma vez a multiplicidade de sentidos atribuídos a esse momento do nascimento e primeiro contato com o bebê, sendo vivenciado por cada família de uma maneira distinta. Ao unir contextos socioculturais diferentes em um mesmo ambiente, a privacidade passa a ficar em segundo plano, descaracterizando o nascimento como um evento particular, único e familiar, como muitos acreditam ser. Tal fato mostra que até mesmo as estruturas físicas das maternidades precisam ser repensadas, de forma a

acolher a puérpera, seu bebê e sua família individualmente, como sugere a humanização do nascimento.

As diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas em relação a estrutura das maternidades, tem sido apontada como uma ferramenta importante no esforço de melhorar a qualidade da assistência à saúde. Entretanto, a identificação de estratégias efetivas de disponibilização e promoção do cumprimento de tais diretrizes constitui um desafio para os gestores dos serviços (Grimshaw et al, 2004). Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência (Dias e Domingues, 2005).

Além disso, tem-se os profissionais de saúde que atuam na assistência aos partos e cuidados pós-parto, que são agentes imprescindíveis no estímulo ao contato precoce, uma vez que atuam diretamente na assistência, podendo ser facilitadores ou complicadores desta prática. Maria (casal 3) contou:

(...) quando dá 10 horas da noite eles perguntam se quer que deixa o bebê comigo ou quer que leva pra dormir no berçário, Ai eu falei assim: 'Ah, eu até quero que dorme no berçário, mas vocês podem vir buscar mais tarde?' 'Aí elas falaram que meia noite ia buscar, mas aí o médico pediu mais exames dele, aí elas voltaram e falaram 'ó, a gente veio buscar mais cedo, porque pediram mais exame' Aí eu 'Não, não tem problema não'. Como eu não tenho desconfiança.

Algumas vezes os profissionais da equipe, com a justificativa de realizarem procedimentos com o recém-nascido, o removem para outro ambiente, separando o bebê dos pais, justamente no momento em que as interações estão sendo concretizadas. Rosa et al (2010) afirmou em seu estudo que essa prática só faz potencializar os sentimentos de ansiedade, medo e insegurança que a mulher vivencia por ocasião do parto. Esses sentimentos a deixam mais frágil

e suscetível, deixando-as passivas em relação as ordens dos profissionais, aceitando então sem questionar a rotina que promove a separação com o pequeno bebê.

Quanto aos procedimentos e cuidados com o recém-nascido, as mães apresentaram falas semelhantes de desconhecimento dos mesmos, assim como falta de consentimento em alguns casos. Maria (casal 3) falou: “*Não sabia não (procedimentos com o bebê), mas a gente tem confiança né? Se fosse talvez em outro hospital a gente ficava mais apreensiva, mas lá não.* ”

Luciana (casal 4) relatou:

Foi assim emocionante né quando peguei ele, porque aí a gente vê já de banho tomado, já com a roupinha né? (...) na hora ali eu não pensei nada não, mas depois eu fiquei pensando que deveria ter chamado né, pra gente acompanhar o primeiro banho e aprender, mãe de primeira viagem né? (...) Mas não, não vi não, só depois quando o pediatra veio pra dar alta que ele falou, olha fiz isso, fiz aquilo, fiz o teste do olhinho, já está tudo ok, já fiz o teste do coração, as vacinas, mas assim, só no último dia mesmo. (...) Eu acho que eles deveriam né comunicar, porque assim, são procedimentos com seu filho né, então eu acho que deveria chegar e falar ‘Olha, nós vamos fazer isso e isso’, mas as enfermeiras só chegavam no quarto e buscavam ele né”

Camila (casal 1) contou:

(...) eu sei que eles deram a vacina nele né? Mas só fiquei sabendo pelo cartão de vacinas que depois eles me entregou e contou que ele já estava vacinado e fez o teste do olhinho. Eles passam tudo pra gente na hora de ir embora (alta hospitalar) (...) e a gente fica tão doida pra ir embora! (risos) ”

Raquel (casal 5):

Ele (bebê) quebrou a clavícula na hora do parto, mas eu só fui ver 12 dias depois, porque ele não reclamava (...). Eu percebi que ele não movimentava muito o braço

direito, eu até achei que ele fosse canhoto, mas depois minha sogra estava com ele no colo e viu um carocinho assim, aí eu olhei e já corri com ele pra UAI, fizeram o Raio X e médico falou que era decorrente do parto. (...) eles me deram alta e não me falaram nada sobre isso, as vezes elas também não viram, e também mesmo se tivessem visto não tinha como fazer nada.

Quanto ao quadro clínico do bebê que apresentou complicações, os pais mostraram total desconhecimento e confusão na transmissão de informações pela equipe de saúde. Patrícia (casal 2) contou:

Só quando ela (bebe) foi ganhar alta que eles falaram o que que tinha acontecido, até então eu não sabia (...) falaram assim que ela tinha ficado internada porque tinha feito cocô e tinha ingerido, só que aí no exame ela tinha dado sopro. Só que no exame dela, falaram que ela vomitou aí limpou, e que ela só tava com sopro, aí me deram os papéis e tudo (...) falou que tinha dado as vacinas, que ela já tava tudo vacinada e já tinha feito o teste do pezinho. Agora de medicação que ela tomou lá, eu não sei de nenhuma (...) mas pra mim foi normal porque minha tia trabalha lá, minha mãe ligou pra ela, ela falou que tava tudo normal e aí eu fiquei tranquila, mas se não fosse isso

Beto (casal 2), seu esposo, confirmou:

Ela (enfermeira) veio, me explicou o que tinha acontecido com ela (bebê). Disse que nasceu bem cansadinha, que eles tinham achado que ela tinha ingerido líquido da placenta, só que isso no primeiro dia. Ai quando ela recebeu alta que eles voltaram a conversar com a gente, eles falaram que ela não ingeriu, porque se tivesse ingerido ela teria ficado mais tempo lá, porque daí ia pro pulmão e tudo né? Mas assim, o acompanhamento lá foi ótimo, se eu quisesse podia ficar o dia inteiro lá e esses dias tudo eu fiquei afastado e fiquei lá. (...) Mas até hoje não entendi o que que

aconteceu realmente, porque o que a doutora explicou pra mim foi que acontece mesmo, geralmente de uns bebês nascerem mais cansadinhos, só que o caso dela, ela nasceu bem cansada mesmo, não sei porque. Ela falou que poderia ser por causa do estresse que a Patrícia passou (...) e isso tudo passa pra criança. Mas assim, da Alice, (...) foi a gravidez que a Patrícia esteve mais presente e acompanhou certinha, em todas as consultas, todos os exames, e tal (...) foi um acompanhamento bem rigoroso mesmo, até porque ela estava louca pra conseguir o papel pra laquear e infelizmente foi o que aconteceu esse caso. Creio eu que foi igual a médica falou lá, em questão dela ser muito estressada entendeu? (...) pode ser isso, esse estresse dela, que ela passou muito mal também, nervosismo dela, pode ser o que afetou o bebê nesse aspecto. Igual, (...) os últimos dias de gravidez dela foram muito estressantes realmente, até teve um dia que a gente chegou lá e eles falaram que iam arrumar uma vaga pra ela, (...) aí foi onde eu fiquei mais estressado, porque eles falaram uma coisa e depois falaram que não tinha vaga pra ela ganhar e ia ter que esperar mais uns 3 dias, aí fomos embora de novo, passou dois dias fomos encaminhados pra lá de novo.

O repasse de culpa para os pais sobre o quadro clínico da filha mostra a irresponsabilidade dos profissionais de saúde não só com a saúde emocional dos mesmos, mas também com a falta de apoio, compreensão e humanidade nas afirmações declaradas. Nota-se ainda que o pai se apropria da fala da médica, culpabilizando a mulher do ocorrido com a filha. Patrícia (casal 2) fala mais sobre:

A doutora Milena que me atendeu perguntou no dia que foi me dar alta, porque que eu não tinha procurado a unidade antes. Aí eu falei: 'Não, eu fui procurei a unidade, eu fui Domingo, eu fui Segunda' Aí ela: 'Mas porque não pediram a sua vaga?' Ai eu: 'porque tava marcado pro Hospital Municipal na Sexta', e eles falaram que

estava lotado e ela falou que não, que não tinha nada haver, que eles tinham que ter pedido a minha vaga no Domingo. Porque se ela tivesse nascido no Domingo, ela não teria nascido com aqueles tantos de problemas

A falha na transferência e continuidade de atendimento da gestante, que é garantida por lei, fica notória, e a falta de comunicação e unanimidade nas práticas de saúde mostram suas consequências. Sendo assim nota-se tamanho o desafio existente para que a relação entre a tríade mãe, pai e bebê se estabeleça de forma respeitosa, harmoniosa e humanizada. Mais uma vez a necessidade de mudanças se faz presente, principalmente nas práticas profissionais e de estruturação do sistema único de saúde.

6.3.1.1 Desafios da Amamentação

A portaria nº 371, de 07/05/2014 do Ministério da Saúde também preconiza a amamentação na primeira hora de vida do bebê. O incentivo e o estabelecimento da amamentação possibilitam a humanização da assistência materno-infantil, juntamente com as determinações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha, que defendem que a mulher e o bebê, devem receber boas práticas de atenção, embasadas nas evidências científicas e nos princípios de humanização, tendo garantia de permanência do RN ao lado da mulher durante todo o tempo de internação, desde os primeiros momentos de vida, com contato pele a pele e apoio à amamentação. Helena (casal 6) que teve seu parto normal e domiciliar relatou: *“Ela mamou a placenta não tinha nem saído ainda. Antes mesmo da médica e da doula chegarem ela (bebê) já começou a procurar o peito e mamou, foi bem natural, a necessidade foi dela mesma, foi na primeira meia hora de vida”*. Raquel (casal 5), que teve seu parto normal na rede pública, contou sua experiência:

Foi tão engraçado, porque assim, eu fiquei toda gestação sem dá leite. Aí quando ele nasceu, pouco depois, eu estava na sala de observação sozinha com ele, ele começou a chorar, chorar e eu pensei 'Meu Deus do céu! Ele tá com fome e eu não tenho leite, como que eu vou fazer' e não passava nenhuma enfermeira na porta pra me ajudar, e depois de muito tempo passou uma enfermeira assim na porta (...) aí eu chamei ela num desespero 'Moça, moça, vem aqui' Aí ela perguntou o que foi e eu disse que ele estava chorando sem parar com fome e eu não tinha leite no peito, eu perguntei 'O que que eu faço?' Aí ela me perguntou se eu já tinha colocado ele no peito e eu disse que não, aí ela falou pra mim colocar que aí o leite descia e se não descasse pra chamar ela de novo que eles davam leite pra ele no copo. Aí eu pus ele no peito, o leite desceu e ele mamou até, pegou de primeira e foi bem tranquilo. (...) em toda troca de turno lá as enfermeiras olham o leite como que está, olham o peito, o bebê, o ganho de peso, e aí ela olhou o meu leite, meu leite sempre foi muito bom, mas teve a rachadura, e aí ela me ensinou a pegar o bebê e a colocar a boca dele certinha pra não acontecer isso né, ela me instruiu.

Apesar da experiência de Helena (casal 6) e a assistência citada por Raquel (casal 5), a maioria das mulheres entrevistadas não foram resguardadas por esse direito de amamentação precoce, sendo notado no estudo total descumprimento quanto a mesma. Além disso, o leite artificial foi na maioria dos casos introduzido sem o consentimento da mulher, sendo ignorado o poder de decisão das mesmas frente aos cuidados com o seu próprio filho. Camila (casal 1) contou:

Não, não vi nada! Só fiquei sabendo que deram leite pra ele de manhazinha lá no berçário, não sei quem (...) Porque ele não veio pra mim de madrugada pra poder tentar pegar o peito, daí eles deram o leite pra ele.. Acho que porque já tava tarde né? (...) eu achei ruim, porque eu não queria que desse leite pra ele, porque eles dão

NAN lá né? Ai eu fiquei meio assim porque eles podiam ter levado ele pra tentar dar de mamá, porque o leite saiu na hora! Ai eles não trouxeram e deram no outro dia também 6 horas da manhã, porque eles tinham que esperar o pediatra chegar pra olhar para depois levar ele pro quarto. Ai depois ele ficou muito cheio, sei que ele demorou pra pegar o meu peito, (...) foi no outro dia quase na hora do almoço que eu fui dar mamá pra ele.

Camila (casal 1) acrescentou:

Eu não tinha bico, a mulher lá do hospital mesmo falou, daí feriu meu peito, ficou muito machucado e ele ficou brigando comigo com esse peito uns 2 dias, porque ele chorava, não dava conta de pegar, eu chorava de um lado e ele chorava de outro e tava machucado. Ai eu fui e comprei aquele bico auxiliar, que no hospital eles pedem né? Ai eu fiquei 1 semana usando ele, só que voltei na pediatra com 10 dias dele e ele não tinha ganhado nada de peso, ai ela me recomendou ir lá no banco de leite pra eles me ajudar. Ai eu já sai de lá e fui, e eles vieram me ajudar. Ai ela foi me ajudou, ele foi e pegou. Nossa, eu tava achando muito ruim aquele bico auxiliar, porque o peito você tira e pega na hora né? Agora o bico tinha que pegar, limpar, ai tinha que por, era um sofrimento, mas agora ele pegou de boa, graças a Deus.

Luciana (casal 4) também contou:

Foi quando ele (bebê) foi pro quarto, foi bem mais de 1 hora depois que nasceu, deve ter sido umas 4 horas depois (...) eu tentei, mas a enfermeira também não insistiu muito porque ela já viu meu peito e já falou: 'Nossa, cadê o bico?' e não insistiu mais, depois já veio outra enfermeira no mesmo dia e me mostrou, e me ensinou né como que colocava na boca do bebê né, ai essa outra enfermeira falou: 'Não, mas você tem bico, aí ele tá mamando'. Então assim, eu acho que a outra enfermeira não teve paciência, e aí essa enfermeira que falou que eu não tinha bico

falou: ‘ Vai lá e compra agora o bico intermediário’ (...) ai o Saulo já saiu e foi lá comprar isso. Mas depois veio outra enfermeira e falou: ‘Não você tem o bico sim, olha aqui, quer ver, vamos tentar’’, Ai depois que o bebê aprende mesmo né a mamar, ai você sente muita dor, ficava assim, como se estivesse esfolado né.

A falta de instrução qualificada e afirmações de “defeito” com o corpo da mulher foram percebidas em mais de um caso no estudo. Maria (casal 3) também relatou:

(...) pelo cocô do neném as enfermeiras sabem se meu leite tá bom ou não, ai teve uma hora lá que teve que levar ele pra mamar porque meu leite não estava bom. Na verdade, ele não tinha acordado, o pediatra falou que mesmo que ele não acordasse tinha que acordar pra dar o peito né? E ele não acordou e o cocô dele tava meio diferente, ai as enfermeiras falou: ‘Mãe, a gente vai ter que dar um pouquinho de leite, pode dar?’ Elas até perguntam.

Informações sem embasamento científico e sem conhecer o histórico da paciente alertam para uma assistência empobrecida e superficial. Sobre as orientações recebidas acerca da amamentação, Maria (casal 3) contou:

Eu já sabia, é meu terceiro filho, mas assim, as enfermeiras perguntam se a gente tá com alguma dívida e tal, elas são uma gracinha. Assim, lá tem as enfermeiras que cuidam da mãe e as enfermeiras que cuidam do bebê, então é uma equipe grande.

O fato da equipe ser grande não significa uma assistência prestada com qualidade. Maria conseguiu amamentar pois já tinha experiência de outras gestações anteriores, e a “disposição” do profissional em sanar as dúvidas caso elas existem é função e dever do profissional e não favor do mesmo para com o paciente, como muitas mulheres acreditam ser. Pereira et al (2013) revelou em seu estudo que mulheres multíparas conseguiram amamentar mais próximo a hora do parto, sugerindo que quanto maior o número de filhos, mais rapidamente ocorre a primeira mamada, possivelmente dado às dúvidas e inseguranças das primíparas. Contudo, alguns estudos

internacionais não mostraram associação entre paridade e amamentação na primeira hora (Awi & Alikor, 2006; Ogunlesi, 2010). Ainda sobre as orientações recebidas sobre a amamentação, Karla (casal 7) disse: “ *Não aprendi que precisa ordenhar, a Géssica (amiga enfermeira) que veio um dia aqui em casa e me ensinou (...) meus peitos estavam duros, quentes, e doíam muito. Não foi fácil!* ” Saulo (casal 4) relatou:

Só na forma de apertar o bico pra levar na boca do bebê, mas não ensinou nada assim, se o peito encher como que faz, sobre a dor que ela sentia pra dar mamar, o que fazer pra não “pedrar”, igual gente antiga põe um paninho quente em cima, mas não teve nada dessas coisas, isso a gente foi descobrindo, cada um fala uma coisa, mas lá não teve nenhuma instrução quanto a essas coisas, eles podiam orientar né? Porque existem sintomas básicos né, podiam dar mais recomendações, (...) podia ter uma pessoa preparada que desse essas informações pra gente”

Taís (casal 8):

Assim que levou ela pro quarto já tentamos por ela pra mamar, mas parece que ela tava tão desesperada pra pegar que não conseguia, ela ficava esfregando a cabecinha no meu peito, eu “punha” o bico do peito na boca dela e ela nem via de tanto que ela estava agoniada e chorando. Foi bem difícil. Aí a enfermeira vinha e me ajudava a pôr o bico na boca dela, aí ela pegava, mamava e via que não tava saindo nada, tirava e estampava a chorar de novo. Não sabia que amamentação era difícil desse tanto não. Aí eles foram e deram um leitinho pra ela lá, porque ela chorava sem parar (...) Eu comentei que achava que ela estava chorando porque estava com fome e meu leite tava pouco, aí a enfermeira falou quando estava indo levar ela pra tomar banho que ia dar um mamá pra ela lá no berçário, eu sei que ela voltou tranqüilinha, quase dormindo já (risos)(...) Uma das enfermeiras lá me deu uma dica que eu gostei muito, da concha de pôr no meu peito, daí foi isso que não

deixou rachar nem nada, porque desse jeito eu já sofri, pensa se meu bico tivesse rachado?

Com a negligência na falta de informações qualificadas do profissional de saúde para a mulher, lhe resta buscar informações por si só, dificultando a adesão a amamentação como recomendado pelo Ministério da Saúde. Luciana (casal 4) relatou:

Estou lendo uns artigos que uma amiga posta né falando sobre a amamentação, vou lendo né, pesquisando, descobri que o leite demora pra descer né, igual foi no terceiro dia, quando eu estava em casa, que o leite mesmo desceu né, Ai depois eu fui pesquisando posições pra dar de mamá pra não doer né. Então assim, vou pesquisando né? Mas os outros dão muito palpite também, a gente tem hora que fica até sem saber o que fazer, porque as pessoas fala que você não tá dando mamá direito e aí as pessoas ficam falando, a família pressiona muito também, é difícil esses primeiros dias.

Ainda sobre a dificuldade na amamentação, Tais (casal 8) disse:

A primeira noite foi bem difícil, porque ela não dava conta de pegar meu peito e chorava, e eu chorava junto também, nossa! É muito difícil os primeiros dias, dói demais. Amamentar não é pra qualquer um não viu, se não tiver força de vontade a gente larga rapidinho. Ela teve muita dificuldade pra pegar nos primeiros dias e até começou a passar fome, eu tive que sair correndo com ela pro pronto socorro, ela tava com 3 dias de nascida, eu nem fui, porque eu estava de cirurgia, foi minha mãe, meu pai e meu marido de madrugada. Ela chorava, chorava, a gente não sabia mais o que era, o pediatra examinou ela todinha, e foi ver era fome. Aí comecei a dar o complemento, porque eu não tenho leite o suficiente pra ela mamar, mas tirando isso foi tudo bem graças a Deus!

Karla (casal 7):

A enfermeira que estava no berçário me explicou com era e tal (amamentação) mas ela não me acompanhou o tempo todo. A Géssica (amiga enfermeira) estava lá ainda é que me acompanhou e me ajudou, me mostrou a posição certa assim, e ela conseguiu pegar bem sabe? Foi bom! (...) Eu achei o pós parto muito mais difícil que o parto assim! (...) Igual a amamentação, teve um dia no hospital que ela chorou a madrugada inteira, berrava mesmo (...) por fim eles levaram ela pra dar leite lá no berçário (...) Eu chorei muito esse dia no banheiro do hospital, me senti fracassada (...) Achei que eu não ia mais conseguir amamentar.

As falas de muitas mães mostram total desamparo profissional nesses primeiros dias de maternidade, que teoricamente deveriam ser assistidos integralmente até o final do puerpério (42º dia após o parto). A amamentação é um processo natural, mas mães com dificuldades durante esse processo é comum, o que pode desencadear o desmame precoce. Diante das dificuldades maternas durante o início da amamentação, o profissional de saúde, além de conhecimento teórico e competências clínicas em aleitamento materno, necessita de habilidades de comunicação. Para isso mais do que dizer o que se deve fazer, o aconselhamento abrange uma forma de atuação em que a profissional escuta e compreende e, desta forma, oferece ajuda para que a mãe planeje, tome decisões e se fortaleça para lidar com pressões, aumentando sua autoestima e autoconfiança.

O apoio nesse processo contribui para que a amamentação ocorra livre de dificuldades. Assim, exige um compromisso entre o serviço de saúde e a família, de forma que essa ação conjunta englobe informações qualificadas sobre a amamentação, seus benefícios, assim como o apoio emocional para uma experiência bem-sucedida (Duncan, Schmidt & Giugliani, 2004; Caminha, et al, 2011).

Contudo, nota-se a falta de compromisso dos profissionais de saúde para o apoio e incentivo da amamentação, como conta Luís (casal 8):

Por experiência assim, eu acho que todo pai tinha que já comprar uma latinha de leite e deixar lá pra quando o bebê nascer não precisar passar fome né? Porque muito ruim isso. Talvez se a gente tivesse procurado um pediatra antes ele tinha explicado e falado isso também né? (...). Em 1 semana nós fomos 3 vezes no pronto socorro e as três vezes era a mesma coisa, a gente achava que era dor, alguma coisa assim, mas chegava lá era fome (...) a gente fica até com vergonha né? A gente ia no mesmo hospital e tinha o prontuário dela (bebê) lá aí o médico 'Uai mãe, tô vendo aqui que parece que já é a terceira vez que a senhora tá vindo aqui e primeiro tava aqui que era fome e agora eu tô vendo que também é fome, então nós vamos passar um outro leite pra ela pra complementar.' Ela já deve ter tomado uns 4 tipo de leite diferentes, agora mudamos de novo e parece que esse tá melhor, dando menos cólicas e saciando ela melhor.

Luís (casal 8) se sentiu envergonhado diante do médico, mostrando a inversão de culpa. Enquanto pessoas qualificadas, a obrigação no repasse de instruções eram dos profissionais de saúde, sendo a experiência vivida por esse pai uma vergonha sim, mas para a assistência recebida pelo mesmo. Por fim, resta a esse pai aprender com sua experiência, acreditando assim que o leite artificial é o melhor para o seu bebê por não deixá-la passar fome, o que viola com todas as comprovações científicas atuais relacionadas ao processo de amamentação, privando da criança ainda o direito de aleitamento exclusivo nos primeiros meses de sua vida.

O estudo de Edmond et al (2006) demonstrou que a amamentação na primeira hora pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais, o que reduziria as taxas de mortalidade entre os neonatos. Além disso, essa prática proporciona ao recém-nascido (RN), estimulações sensoriais por meio do tato, do cheiro e de sons, que contribuem para a interação do binômio mãe-filho. O olfato proporciona a familiarização com o odor da mãe e do leite materno, a audição é estimulada pelos sons dos batimentos cardíacos de baixa frequência e a voz materna, que

proporcionam maior segurança emocional ao neonato (Porter, 2004; Carfoot, Williamson & Dickson, 2005).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno deve ser exclusivo durante os seis primeiros meses de vida do bebê, contudo, a média brasileira é de 54 dias, devido a fatores diversos, como a falta de instrução por parte dos profissionais de saúde ainda nos primeiros dias de amamentação. Dentre as vantagens do aleitamento materno, citados pelo Ministério da saúde, tem-se: a mortalidade infantil reduzida (evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo); evita diarreia (crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas); evita infecções respiratórias; diminui os riscos de alergia (principalmente o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes); diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes; reduz a chance de obesidade (indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade); melhor nutrição (por conter todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento das crianças); efeito positivo na inteligência (crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas com as não amamentadas); melhor desenvolvimento da cavidade bucal (o exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária); proteção contra câncer de mama (o risco de contrair a doença diminui cerca de 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação); promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho (é uma forma especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança) e melhor qualidade de vida, uma vez que crianças amamentadas adoecem menos (Brasil, 2009b).

Assim, o incentivo a amamentação, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde que são órgãos de referência para práticas baseadas em evidências, se

mostram precários e sem credibilidade frente as práticas adotadas pelas instituições de saúde, principalmente as da rede privada de saúde. A fiscalização das leis, assim como a punição para práticas incoerentes em saúde se torna urgente a fim de resguardar a saúde não só materna, mas também a infantil. Ao negligenciar a amamentação exclusiva até o sexto mês, assim como seu início na primeira hora após o nascimento, os prejuízos na saúde de ambos a curto e longo prazo serão devastadores.

6.3.2 Vivência da maternidade e paternidade: olhares além do hospital

Após o nascimento do bebê ocorre ainda o efetivo exercício da maternidade e da paternidade, na qual a mulher e o homem experimentam profundas modificações, principalmente nas suas rotinas diárias. Assim, este evento pode ser concebido como um fenômeno de âmbito tanto biológico quanto psicológico e sociocultural (Brasil, 2001).

Algumas das dificuldades vivenciadas pela mulher no pós-parto são relacionadas à dimensão psicossocial, refletindo no seu funcionamento individual assim como nas interações que ela estabelece com o filho, o cônjuge ou outros membros da sua família. No estudo em questão, as mães puérperas relataram como foram os primeiros dias de vivência da maternidade, em sua maioria, descrevendo-os como difíceis, árduo e cansativo. Camila (casal 1) contou:

(...) de madrugada eu tento não acordar porque ele (esposo) vai trabalhar de manhã né? Ai eu não acendo a luz, fico com ele (bebê) no escuro, troco ele no escuro, dou mamá pra ele no escuro, deixo só uma luzinha do outro quarto acesa, ai tem hora que ele (esposo) acorda 'Quer que eu pego?' Ai ele pega 5 minutinhos: 'toma' (risos) e ele já tá cansado (risos), eu : 'Ai, é só mãe mesmo, não tem jeito, o pai é só um pouquinho mesmo, eles cansam rapidinho', mas tá uma gracinha (...) toda hora que o Mateus dorme eu vou lá abraço ele, fico perto dele pra ele não ficar

enciumado sabe? Pra ele não se sentir abandonado (risos), porque ele falava muito que tinha medo de ter outro filho porque a mãe esquece, aí eu sempre lembro disso (...) Ele: 'Não, depois que o filho nasce, não lembra mais do marido, é só filho, filho'. Aí eu tento, o tempo inteiro que o Mateus tá dormindo eu tento ficar perto dele, mas ainda não sei se vou querer outro filho, acho que tô meio traumatizada (risos).

Luciana (casal 4) relatou:

Um pouco complicado né? O início assim. Agora eu entendo porque eles dão licença maternidade né (risos). Porque assim, não é fácil, ainda tô adaptando mesmo. Assim, igual, ainda não consigo arrumar uma casa né, porque é o tempo inteiro parando, ele chora, ele não fica muito tempo em um lugar só, toda hora tem que ficar pegando, então não é fácil não.

Karla (casal 7) disse:

A adaptação realmente é muito difícil (...) noites sem dormir, (...) ninguém me falou que era assim, me senti despreparada pra tudo isso! (...) me senti muito sem apoio no pós-parto! Engraçado é que mesmo tendo concluído curso superior na área da saúde a pouco tempo, essas coisas a gente não aprende!

Patrícia (casal 2) que recebeu alta hospitalar antes de sua filha, que permaneceu internada na UTI Neonatal, contou:

Eu tava com muita dor. Aí eu acho que de ficar nervosa, (...) minha pressão subia bastante, (...) porque eu aqui (em casa), ela (bebê) lá (hospital). Aí chegava um monte de visita, eu ficava com dó de falar, ficava sem graça de falar: 'não ela tá lá', eu tinha que falar tudo de novo, aí aquilo me matava! Cada vez que chegava um, eu tinha que contar (...) era muito ruim.

É importante que, no planejamento da assistência à saúde da puérpera, o profissional de saúde considere todas as informações e hábitos de vida que a mulher apresenta, assim como os conhecimentos, as experiências, tabus, crenças, hábitos e práticas culturais que são decorrentes da convivência familiar. A assistência planejada, de forma individualizada, considerando o contexto em que a puérpera está inserida, é fundamental nesse período, auxiliando a mãe no processo de adaptação e vivência da maternidade (Pereira & Bachion, 2010).

Para Rosa et al (2010), compreender os sentimentos maternos com relação ao contato corporal com o bebê, logo após o nascimento, permite reafirmar que o período que circunda o parto é um momento crucial e esperado pela mulher para ser sensibilizada pelo seu bebê. Se ela se sentir propensa, apoiada e livre para iniciar esta caminhada, desde o dia do parto, podendo se relacionar com o bebê, tocá-lo, senti-lo, acarinhá-lo e amamentá-lo, terá pistas mais seguras para começar o aprendizado das “tarefas” culturais da maternagem.

Tem-se também o acolhimento do pai, em relação a vivência da paternidade após o nascimento do bebê. As primeiras dez semanas da paternidade são vivenciadas quase da mesma forma que a mãe, com incertezas, pelo aumento das responsabilidades, pela interrupção do sono e pela incapacidade de controlar o tempo necessário para cuidar do bebê (Oliveira & Brito, 2009). Luiz (casal 8) contou: *“O apoio que tivemos em casa foi das avós, das tias (risos), mas assim de um profissional formado assim, não tivemos não ”*. Saulo (casal 4) reconheceu certa dificuldade de adaptação: *“ (...) os primeiros dias foram bem difíceis. Esse negócio de ficar acordando, os primeiros dias aí foram bem difíceis mesmo, porque é adaptação né, agora já está bem mais tranquilo, está melhor cada dia mais”*. Raquel (casal 5) contou a importância do apoio dos familiares com a adaptação:

Fui muito bem acolhida quando estava em casa. O Célio (esposo) tirou férias do trabalho, ele me ajudou bem, ele próximo de nós fez toda diferença! Minha sogra também fez tudo pra mim, cozinhou, lavou, passou, olhava ele quando eu precisava,

então assim, eu fui muito bem cuidada por eles. Minha filha mais velha também ficou uma semana na casa da minha mãe em outra cidade, então ela chegou eu já estava em casa um tempo já mais acostumada com a rotina.

Carlos (casal 5) só conseguiu um tempo para se dedicar ao filho e sua nova família devido as férias do trabalho. A maioria dos homens pais possuem uma jornada de trabalho que não lhes permitem permanecer muito tempo em casa, pois grande parte da sociedade ainda entende que sua presença é, de certa forma, dispensável, como exemplo, a licença-paternidade que apesar de ser um ganho, ainda não responde às necessidades da participação paterna na família após o nascimento do filho (Oliveira & Brito, 2009). Essa diferença do envolvimento dos pais nos cuidados à criança sugere uma sobrecarga menor e consequente avaliação positiva da relação com o filho, ficando os cuidados e “obrigações” em sua maioria a cargo da mãe. Geraldo (casal 1) disse:

(...) é um presente assim, dar uma criança pra uma pessoa assim mais velha, isso é um presente de Deus, não tem explicação, não dá pra você falar o que isso representa. (...) Se você me perguntar como é o meu dia? Ah, meu dia é bom! Tem os estresses do trabalho, mas quando eu chego em casa, minha vida é bacana.

A presença do pai provedor, remetendo-se à paternidade tradicional, ainda é visualizada, uma vez que esta se apresenta arraigada à cultura brasileira. Contudo, percebe-se que o homem tem caminhado em direção à mudança de papel, à medida que se coloca à disposição para cooperar nos cuidados com o bebê, reconhecendo que sua família necessita da sua atenção durante o pós-parto. A experiência também apareceu como facilitadora para o envolvimento do pai nesse processo de cuidado. Beto (casal 2) relatou:

É o quarto filho, mas (...) com ela parece que tudo tá sendo diferente do que nós já vivemos com os outros 3 nossos (...) não sei se por causa do caso que aconteceu com ela sabe? O sentimento parece que dobrou e em relação assim, hoje eu tenho mais

experiência (...) então é muito mais gostoso, entendeu? (...). É um carinho maior, você já sabe como que cuida, (...) é diferente, é bem diferente mesmo.

Outro destaque nas falas foi o relato da falta de privacidade com a quantidade de visitas recebidas, sendo apontada como um fator dificultante para uma adaptação tranquila. Luiz (casal 8) contou:

Achei bem complicado os primeiros dias em casa, eu e a Taís quase não conversávamos porque toda hora chegava um pra visitar, acho que as pessoas podiam pensar um pouco mais nos pais né? Esperar pelo menos uns 3 dias, porque fica aquela movimentação dentro de casa e eu senti que a Alice (bebê) ficava nervosa. Tinha dia que era 1 hora da manhã tinha gente lá ainda, e luz acesa, conversa, então assim, senti falta de privacidade nesses primeiros dias em casa. Acho que é um momento família sabe, digo família assim, nós três, eu, ela e o bebê, nem avós no meio, eles vão ter o tempo todo depois pra cuidar. Senti muita falta disso. Podia ter alguém pra orientar isso pra família porque é sem graça também você falar pros seus familiares essas coisas, mas acho que precisa alguém fazer isso.

Caio (casal 7) também relatou:

Tirando a parte da família que fica dando palpites em tudo, tias, avós, ‘Ah! Põe ela assim’, ‘Faz assado’, tirando isso acho que foi tranquilo, (...) mas eu já tinha falado com a Karla sobre isso, que apesar de ser nosso primeiro filho, a gente que iria cuidar do nosso jeito, dar banho, essas coisas, a gente iria se virar, aprender e cuidar, e assim, foi tranquilo, até agora está dando certo.

Contudo, aspectos em relação à interação pai-filho durante os primeiros dias após o parto da companheira precisam ser investigados e melhor compreendidos, a fim de favorecer o vínculo afetivo, bem como a sua vivência positiva durante a fase que procede ao nascimento. Assim, estudos com foco no puerpério para além do ambiente hospitalar, com extensão para o enredo

comunitário se fazem necessários, tendo em vista o cuidado integral da mãe e do pai em seus contextos familiares.

6.4 Violência Obstétrica

No presente estudo, foram encontrados vários relatos que se caracterizam como atos de violência contra a mulher parturiente e seus familiares, sendo muitas das vezes não reconhecido pelas mesmas. Até então, muitas falas já descritas durante o trabalho foram marcadas pela violência, o que levou a criação desse capítulo no intuito de aprofundar a discussão dessa temática.

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência durante o cuidado obstétrico profissional. Em países como a Argentina e Venezuela, a violência obstétrica é tipificada e reconhecida como um crime cometido contra as mulheres que deve ser prevenido, punido e erradicado, sendo definida pela ‘Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência’, de 2007, por:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (p.30).

Após a publicação da OMS, em 1996, que classificou as intervenções durante o parto conforme evidências científicas, sendo amplamente divulgadas no Brasil em 2001, vários outros autores se engajaram com estudos sobre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que

devem ser eliminadas, especificamente no atendimento aos partos normais. Estão elas sumarizadas no quadro abaixo:

Quadro 1. Práticas prejudiciais e motivos associados.

Práticas prejudiciais ou ineficazes	Motivo
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto/ Cateterização venosa profilática de rotina (Souza & Pileggi-Castro, 2014)	Diminui a mobilidade, “prende” a parturiente ao leito; aumenta desconforto; solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal (Dawood, Dowswell & Quenby, 2013).
Uso indiscriminado de ocitocina	Pode levar a um aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal; ocitocina isoladamente não diminui a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural (Costley & East, 2012; Brasil, 2001).
Amniotomia para acelerar trabalho de parto	Amniotomia isolada parece diminuir um pouco a duração do trabalho de parto, mas aumenta a possibilidade de cesariana (Fraser et al, 2013).
Posição de litotomia (posição de exame ginecológico)	Posições verticalizadas reduzem o tempo de trabalho de parto e não estão associadas a aumento de intervenções ou efeitos negativos; são bem descritos os benefícios da posição verticalizada para mulher e feto (Lawrence et al, 2009; Priddis, Dahlen & Schmied, 2012).
Episiotomia	Aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus,

	de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal; seu uso rotineiro vem sendo constantemente desestimulado (Räisänen et al, 2011; Carroli & Mignini, 2009).
Manobra de Kristeller	Associada a lacerações perineais graves e internação em UTI neonatal para o bebê; há recomendação de que seja evitada (Moiety & Azzam, 2014; Verheijen, Raven & Hofmeyr, 2009).
Restrição alimentar e hídrica	Prolongada pode levar a desconforto da parturiente, há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto (Singata, Tranmer & Gyte, 2010).
Restrição aos movimentos corporais	Dificulta lidar com a dor; aumenta a chance de necessidade de analgesia; aumenta a chance de cesariana e aumenta a duração do trabalho de parto (Lawrence et al, 2013).
Impedimento de acompanhante	Presença de acompanhantes é altamente protetora contra todas as formas de violência durante a internação hospitalar (Diniz et al, 2014).

Fonte: elaborado pelos autores Tesser, Knobel, Andrezzo & Diniz (2015), a partir das fontes referenciadas na tabela.

A política de humanização da assistência hospitalar e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde (Portaria nº 569, 2000) são exemplos de respostas à insatisfação dos usuários com um tratamento denunciado como desrespeitoso, violento e uso indiscriminado de tecnologias que resultam em altas taxas de cesarianas e dor iatrogênica (resultante dos procedimentos, podendo ser confundida com a dor do parto) (Diniz, 2005). Sendo

assim, uma reflexão sobre o exercício do poder e da autoridade dos médicos envolvidos na assistência às mulheres gestantes, bem como a todos os demais envolvidos nesse processo, se torna válida.

Contudo, no Brasil, a essa discussão em torno da expressão ‘violência obstétrica’ é bastante atual. A pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, constatou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (Venturi & Godinho, 2010). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, diante dessa constatação, reconheceu que é preciso humanizar o parto e se comprometeu a produzir uma cartilha "de boas práticas em obstetrícia".

As relações desiguais de poder marcam a interação médico/paciente em geral, e no caso da mulher gestante, acabam por anulá-las como sujeitos de direitos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos. Pesquisas em diversos países (D’Oliveira et al, 2002; McCallum & Reis, 2006; Hotimsky, 2007; Aguiar, 2010) têm apontado para o uso arbitrário que muitos profissionais de saúde fazem de sua autoridade e saber no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, sendo encarada como uma das principais fontes da violência institucional a que são submetidas dentro dos serviços de saúde. Essa forma de violência pode estar constituída de atos de negligência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual.

No presente estudo foi observado desde a negligência até violências verbais e físicas. Alguns profissionais agem com explícita violência contra a mulher, como Patrícia (casal 2) que contou sua experiência durante uma consulta pré-natal:

(...) chegou lá, ele falou assim (...) O que te fez ter a quarta gravidez? Você sabia que não podia ter outra cesariana que você corre risco de morte. Ai eu já fiquei

doida né? Você sabia que você pode dar uma hemorragia, (...) aí ele foi falando (...) me passou medo, nossa! Me passou muito medo. É muito arriscado e não sei o que de você morrer (...) então, tem uns médicos que te conforta e tem uns que te, Nossa! Quase te mata! (...) mas eu cheguei aqui (UAPSF) com medo, nossa eu chorava, Nossa! Eu chorei. E lá heim, particular, eu paguei a consulta e ele falou desse jeito, ele falou assim: sua mãe não te deu um coro não? Eu pensei assim: minha mãe? Eu tô casada, porque minha mãe vai me dar um tapa? (...) Ai meu Deus! Ele falou um monte de coisas, ele me passou muito medo (...)e ainda assim falou que a única coisa que podia fazer era me dá um atestado e me mandou pro UAI. Aí eu cheguei lá, fiz exame de urina, era infecção de urina. Aí depois disso nunca mais eu fui no plano (convênio), eu fiz mais nada lá.

A negligência do cuidado e das informações é bem explicitada nas falas dos entrevistados, e como exemplo tem-se a conversa informal dentro da sala de cirurgia entre os profissionais de saúde, sobre temas diversos, subestimando a presença da mulher, do acompanhante e suas possíveis dúvidas, medos e anseios. Camila (casal 1) contou:

(...)colocaram o negocinho de medir no dedo de cá, o aparelho de pressão no braço de lá (...) Eu senti ela me limpando, aquela sensação ruim dela passando a mão, passando um produto no seu corpo, e depois ela puxando assim e eles conversando, porque eles o tempo inteiro né? (...). Não lembro assim o que eles conversavam porque na hora a gente fica tão ansiosa (...).

Luciana (casal 4) também apresentou um relato semelhante:

Eles me arrumaram e eu fiquei no centro cirúrgico esperando o meu médico chegar, (...) fiquei muito tempo no centro cirúrgico porque ele não chegava (...) mas quando ele chegou, ligou o som, ele deve gostar né de fazer parto ouvindo música. (...) e eles

ficam conversando né dentro do centro cirúrgico (...) a conversa deles estava sendo sobre política, o pediatra também, todo mundo conversando.

Saulo (casal 4) acrescentou:

(...) enrolou num paninho né, mas depois eu não vi o que fizeram com ele (bebê) não. Eles não explicam né, igual esse sugador, é agressivo, estranho né, porque você olha assim, enfiam um trem desse tamanho assim (fez com a mão cerca de uns 30 centímetros) na boca do menino né, no nariz, bem agressivo, parece uma lipoaspiração, então assim, a gente confia, pensa, o cara faz aquilo ali todo dia, mas eles podiam ao menos sanar né algumas coisas, falar isso aqui, assim, assim, mas não sei se é por causa do tempo né, tirou o menino, já tem que fazer isso logo. Mas, seria legal né, eles foram muito tranquilos, falaram até de política lá dentro da sala, cortando a Luciana e conversando sobre política, falando da Dilma (risos). Mas acredito que eles fazem isso pra tranquilizar a paciente também né. Todos na sala estavam conversando! Vou contar um detalhe lá que aconteceu, o anestesista dela tinha perdido a irmã no dia anterior, acho que na noite anterior, e ele estava lá pra fazer a anestesia, e falou isso lá dentro numa frieza né, aí isso aí deixa a paciente nervosa, ficar falando uns trem desses lá? Se a pessoa tá com emocional abalado e vem aplica uma anestesia em mim, me mata uai! Ainda bem que ele falou depois que já tinha aplicado né? (risos)

Ao mesmo tempo em que estranham o comportamento dos profissionais, os pacientes tentam achar coerência para tal prática, direcionando-a para uma possível técnica a fim de acalmá-los. Contudo, as atitudes desses profissionais só mostram tamanha a indiferença com seus pacientes e o evento do nascimento, desprezando todo sentido atribuído para esse momento em cada família que por ali passa. Além dos aspectos emocionais atribuídos, também se tem alterações fisiológicas que podem ser provocadas pelo excesso de ruídos na sala de parto.

Schafer (2001) e Standley (2002) definem o ruído como um tipo de som desorganizado, com frequências fisiologicamente incompatíveis com o ouvido humano, o que pode produzir lesões físicas, alterações comportamentais e psíquicas, sendo também caracterizado como som indesejado e desagradável. As diversas fontes que produzem ruído em salas de parto, algumas vezes, parecem atingir Níveis de Pressão Sonora (NPSs) tão elevados, que podem ser incompatíveis com o nascimento do bebê. A legislação brasileira preconiza para unidades hospitalares em geral, como berçários e centro cirúrgico, o valor de NPS, sendo o recomendando valores que permaneçam entre 35 (menor valor considerado desejável) e 45 dB (maior valor aceitável). A OMS preconiza nível de pressão sonora equivalente (Leq), que representa a média da energia sonora durante um intervalo de tempo, de 45 dB para área interna hospitalar. Contudo, não existem normas brasileiras recomendando NPS para sala de parto especificamente. O programa de humanização de parto e nascimento recomenda que o ambiente da sala de parto seja silencioso, para que a família possa vivenciar a experiência de nascimento de forma acolhedora.

Oliveira et al (2011) evidenciou em seu estudo valores médios ($Leq = 64,9$ dB) preocupantes encontrados nas salas de parto que avaliou, sendo a conversação entre os profissionais, no decorrer do parto, a fonte de ruído mais frequente em todos os partos, indicando a importância do comportamento dos profissionais na determinação do perfil acústico das salas de partos. De acordo com Long et al (1980), a recepção do bebê é inadequada, quanto ao respeito ao seu acolhimento, podendo acarretar-lhe consequências fisiológicas e comportamentais no período de transição, em que exige um grande esforço adaptativo. Ruídos altos e repentinos (entre 70 a 75 dB) podem causar agitação e choro do bebê, resultando em aumento da pressão intracraniana, alterações das frequências cardíaca e respiratória, assim como diminuição da saturação de oxigênio transcutânea. Diante da fragilidade vascular e neuronal do cérebro do neonato, esses efeitos são potencialmente perigosos, porque podem causar alteração na perfusão

do tecido cerebral. Contudo, nota-se a necessidade de estudos mais atuais que abordem a temática.

Klaus e Klaus (2001) afirmam ainda que um ambiente acústico inadequado para o neonato na sala de parto poderá constituir-se em agressões sonoras que poderão levá-lo ao estresse, à irritabilidade ou ao desconforto, provocando o choro e, conseqüentemente, dificultar o encontro inicial entre pais e bebês, fundamental para o desenvolvimento do apego. Além disso, um ambiente desconhecido e acusticamente inadequado em sala de parto, pode prolongar e até mesmo acentuar a instabilidade emocional da mulher, que geralmente fica insegura e ansiosa nesse momento. Dessa forma, são necessárias intervenções nesse quadro, por meio de programas educativos, a fim de minimizar o ruído e melhorar a assistência ao neonato e à família.

Quanto ao desconhecimento dos procedimentos que serão realizados tanto com a mulher quanto com o bebê e a falta de consentimento quanto aos mesmos, mostra a visão médica do paciente e seus familiares como sujeitos desprovidos da capacidade de decidir sobre questões referentes ao seu próprio corpo e do seu bebê. E, diante a condição em que são expostos, de total negligência de informações, por culpa dos próprios profissionais em não cumprir com o seu papel de educador de saúde, acabam por se submeterem sem questionar.

Outros relatos foram identificados, como o de Luciana (casal 4):

Só no início que as enfermeiras já deixam tudo preparado lá a anestesia e ela falou assim: 'Olha, essa aqui já é a anestesia, já estou preparando' e só né, não me falaram quando estavam me cortando nem nada disso não (...) tamparam e eu também não vi. (...)eu pensava que ia ser uma coisa mais difícil sabe, que eu ia sentir muita dor, igual na aplicação da anestesia, mas não aconteceu nada disso, eu acho que foi muito tranquilo (...). Porque assim, eles não são muito de falar como que vai ser, eu sabia dos procedimentos por ser curiosa e pesquisar na internet né?

Tais (casal 8):

A única coisa que foi ruim pra mim e que eu não esperava foi umas apertadas que eles deram em cima da minha barriga na hora que ela estava nascendo, eles põe o cotovelo assim né? E não falam nada! Nossa, aquilo doeu, depois que eu fui pra casa aí que eu senti mesmo, eu custava pegar ela, mas fora isso foi tudo bem.

E o relato de Maria (casal 3):

(...) eu já fiz muitas cirurgias né, então eu sou bem tranquila, sei de tudo o que está acontecendo. Colocou medicação, mas não sei qual, se bem que eles falaram, mas na hora eu não gravei não. (...) Só o anestesista que na hora não foi o mesmo que eu tinha conhecido, que tinha feito comigo a entrevista. Porque a gente faz a entrevista com o anestésico antes do dia né? (...), mas eu tenho muita confiança no pessoal lá, eles trabalham em equipe, então eu não liguei não.

Quanto ao desconhecimento do profissional médico anestesista que estaria presente na hora da cirurgia também foi relato de outras mulheres. Luciana (casal 4) contou:

(...) eu até achei estranho porque eu fiz a consulta com uma mulher e no dia era um homem que aplicou a anestesia em mim, então assim, eu não entendi o porquê dessa consulta. Ela me perguntou se eu tinha alergia a isso, assim, muito simples né, eu acho estranho, porque eu acho que tinha que fazer algum exame, alguma coisa, mas não (...) e eu já estava com medo da anestesia, mas assim, foi tranquilo, não é igual a gente imagina ser um bicho de sete cabeças né, a anestesia não dói, é uma picadinha mesmo, tipo um choque que dá e logo você fica anestesiada, então assim, eu achei que fosse ser mais sofrido sabe. Mas assim, o primeiro dia já no quarto lá, quando a anestesia acabou, eu senti muito desconforto e dor, então assim, com medo de mexer e abrir tudo lá (...) no segundo dia eu já estava mais tranquilo e no terceiro dia eu já estava conseguindo já levantar, tomar banho sozinha. Essas coisas eles não

falam pra gente. Mas foi tranquilo, porque eu tava lá pensando ‘Ai meu Deus do Céu, eles vão me abrir’, então assim, no momento eu só achei estranho mas eu confiei, assim, minha confiança estava em Deus né, então de que tudo ia dar certo, então eu estava assim, tranquila, mas ao mesmo tempo não tranquila né, mas deu tudo certo.

A apelação a “Deus” mostra o desespero diante do desconhecido, por total incompetência dos profissionais em sanar dúvidas simples, negligenciando toda e qualquer manifestação emocional da mulher e de sua família no processo de nascimento. Além disso, práticas paradoxais são observadas nesse contexto. Camila (casal 1) conta sua experiência ao chegar ao hospital em trabalho de parto:

(...) eu cheguei (hospital) passando muito mal, tava sentindo muita dor, Tava vindo 3 (contrações) a cada 5 minutos. Tava muito forte (...) e assim, demorou quase uns 20 minutos para eu entrar na sala, porque o anestesista estava chegando e eles queriam me levar deitada, e eu falei: ‘ não, não, não dô conta de deitar, eu preciso de ir andando’ e elas: ‘você não pode andar, está na sala de cirurgia. ’ Eu fui sofrendo e fiquei lá deitada uns 10 minutos esperando esse homem chegar e eu com medo, porque eu tava sentindo muita contração, e ainda com medo dessa agulhada.

Durante o nascimento de seu bebê, Camila (casal 1) relatou:

Eu falei na hora: quero tirar uma foto, mas nem trouxe celular. Ai ela (obstetra): ah então espera. Aí ela foi lá na bolsa dela buscar o celular ainda, ele (bebê) ficou aqui (apontando para o ombro dela), tirou uma foto, aí ela já pegou e ficou lá dando os pontos.

Nota-se nesses últimos discursos, atitudes contraditórias por parte dos profissionais que negam a paciente a escolha da posição em que a mesma deve entrar no centro cirúrgico, mas interrompem a cirurgia para que o médico busque o celular na bolsa para tirar uma foto do bebê.

A prática do profissional, nesse caso, foi vista pela paciente como um ato “humano”, pois a médica se interessou e buscou uma forma de conseguir a foto que ela desejava naquele momento. Contudo, sabe-se que durante uma cirurgia de grande porte como a que estava acontecendo, as presenças, assim como o manuseio de materiais contaminados na sala, como a bolsa e celular da médica, não são recomendadas pelo alto risco de infecção (Nogueira et al, 2009).

Afirmações errôneas quanto ao quadro clínico das pacientes também foram notórias, talvez por falta de comunicação entre a equipe e o paciente, por transmissão errônea de informações ou ainda por utilização de linguagem não acessível a compreensão dos mesmos, fazendo com que esse interprete da sua forma, construindo conceitos errados e permitindo que esses se espalhem no meio social. Beto (casal 2) contou:

(...) depois que ela ganhou a Alice, o médico receitou pra ela medicação, porque a pressão dela começou a alterar bastante, mas segundo eles, foi porque ela fez a laqueadura entendeu? Ai realmente oscila muito, foi o que a médica estava explicando para a gente.

Não há estudos que comprovem qualquer relação entre a realização da laqueadura com alterações e oscilações posteriores de pressão arterial, sendo a sua real causa possível de investigação. E Maria (casal 3):

Por eu trabalhar lá e ter muita confiança na equipe, foi tudo muito tranquilo. Só a laqueadura que demorou, porque eu já tinha tirado um ovário né? E quando eles tiraram o ovário eles tiraram uma trompa minha também, e eu nem sabia, só tinha uma trompa, então a médica ficou lá um tempinho, demorou.

A laqueadura é um procedimento de esterilização feminina caracterizado pelo corte e/ou ligamento cirúrgico das tubas uterinas, que fazem o caminho dos ovários até o útero. A “demora” no procedimento justificada pela médica para Maria se mostra incompatível, uma vez que a mesma apresentava apenas uma trompa para ser ligada, e não duas como de costume.

Tem-se também a negação do atendimento pelos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados obstétricos, como contam Karla (casal 7):

Meu pré-natal foi todo pela rede particular, só uma vez que eu tive a sensação de estar perdendo líquido e liguei pro meu médico mas ele não pode me atender, não sei o porquê, e fui para o UAI Martins e fui muito bem atendida lá, graças a deus não foi nada, me examinaram e estava tudo bem, foi só sensação mesmo.

Luiz (casal 8):

Eu acho que eles não precisavam ter esperado tanto tempo pra dar o leite pra ela (bebê), ela ficou chorando muito tempo, não precisava de ter deixado isso acontecer né? Deixado ela chorar tanto e passar tanta fome. Eu achei um pouco de descaso sabe (...) porque eu via lá elas (profissionais) batendo papo, mexendo no celular, e a Tais também com dor, e a médica já tinha deixado tramal se ela sentisse uma dor intensa, então assim, demoraram pra fazer, (...) e você via que elas não estavam fazendo nada e parece que quanto mais eu ia lá, mais elas implicavam sabe, isso o turno do sábado, os outros parece que eram melhores, mas por fim eu fui lá pela terceira vez e falei que se elas não fossem atender a Tais eu iria reclamar pra diretoria do hospital, mas é ruim chegar nesse ponto né, não precisava, fui lá duas vezes com educação, com delicadeza e nada, e a Tais com dor, a menina chorando, nossa!

E Patrícia (casal 2): “O médico falou assim que não ia me atender porque eu já tinha ido lá no dia anterior e que era para mim voltar para casa porque eu não ia entrar em trabalho de parto e eu não ia dilatar”. Primeiramente, tem-se a negação do atendimento, que é inconstitucional, quebrando com os princípios do Sistema de saúde brasileiro (SUS). O descaso e a falta de profissionalismo marcam vários atendimentos a mulher e seus familiares, sem qualquer punição ou fiscalização para os casos. No caso de Patrícia (casal 2), além disso, a afirmação de

que a mesma não iria “dilatar” vai contra a fisiologia do corpo da mulher. A dilatação do colo do útero é um processo passivo que ocorre quando as contrações encurtam as fibras musculares do útero, empurrando o bebê para baixo e puxando o colo para cima. A cada contração o colo se dilata mais. A contração passa, o colo relaxa, mas não volta a fechar o que já abriu, e assim, na contração seguinte, é puxado mais um pouco, até acontecer a "dilatação total" (maior diâmetro alcançado pelo colo do útero = 10 cm de diâmetro aproximado). Porém muitos são os fatores que favorecem ou dificultam esse processo de dilatação, fatores esses que interferem no tempo em que a mesma vai acontecer e não se vai ou não acontecer. A única coisa que pode impedir um colo de dilatar é um tumor grave no tecido, exceto esse quadro clínico, todas as mulheres irão dilatar, se tiverem os recursos, tempo e equipe necessários. Para aguardar que todas as mulheres dilatam, precisamos ter disponíveis profissionais bem-dispostos, sem pressa, incluindo parteiras, doulas, obstetras, anestesiistas e pediatras. É preciso haver recursos completos para alívio da dor como ambiente agradável, bola, banqueta, banheira, chuveiro, massagem, alimentos, conforto para os acompanhantes, entre outros. E por fim, é preciso ter disponível analgesia de boa qualidade para as mulheres que necessitarem (Duarte, 2013).

Além disso, tem-se a exclusão de voz do paciente, anulando afirmações que os mesmos reproduzem acerca de seus próprios corpos, como conta Patrícia (casal 2):

Eu fui lá um outro dia passando mal, era a noite, aí ele estava, aí ele passou lá e só me deu os resultados do exame e falou assim que era normal. ‘Não, é normal você sentir dor porque a neném tá forçando, a neném tá encaixando pra nascer’. Aí eu falei ‘Mas Doutor eu não dou parto normal, é tudo cesárea’ Eu já tava com 39 semanas. Ele : ‘Não, mas essa dor é normal, você vai sentir ela direto, toma só buscopan’ Ai eu falei: ‘Mas eu não posso tomar buscopan porque eu dei alergia do buscopan’ Ele: ‘Não, mas o buscopan não dá alergia assim não’. Aí me deram esse buscopan lá. Aí me deu essa alergia do buscopan, quase morri lá, empolei tudim no

UAI. Ai eu falei: 'Ai, não vou voltar aqui mais não', só que a (outro hospital público) não tava atendendo

Patrícia (casal 2) relatou outra prática violenta por parte do mesmo profissional descrito anteriormente:

Eu me senti mal porque todos que me atendiam, me atendiam bem (...) ele é muito bruto sabe? Ele não conversa, ele faz toque na gente conversando no celular. A gente chega e ele só: 'Oi, tudo bem?' 'Ai a gente fala, ele vai e anota, aí 'pode tirar a roupa e deitar', aí ele está lá conversando no telefone e pondo o dedo dentro da gente. (...) Deus me livre! E ele tá lá todo dia o danado do homem, todo dia ele tá lá, ele é bem novinho.

Tem-se também o preenchimento dos prontuários. O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução n.º 1.638 (2002), define prontuário como “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Pode ser entendido como o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente. Patrícia (casal 2) contou sobre o atendimento que recebeu quando estava em trabalho de parto:

A médica pegou e pediu desculpas e falou que infelizmente tem uns médicos que é assim, e a gente não pode fazer nada e que ela também não podia falar dele porque ela trabalhava com ele, mas pra gente ir lá na assistente social e fazer uma reclamação pelo jeito que ele tava tratando a gente. Ai a gente foi lá e fez, (...) só que ela falou assim que lá no prontuário ele pôs que eu não tava com contração e que a minha dor era a dor da infecção de urina (...) Só que eu tava na semana anterior que eu fui, mas eu fiz o exame de novo e não deu mais.

Beto (casal 2) contou sobre a internação no pós-parto de sua esposa:

Teve um dia lá que ela passou mal demais da conta e pediu pra chamar a enfermeira (...) teve uma confusão lá porque parece que tinha duas Patrícia lá (maternidade) (...) eu fui lá, chamei a enfermeira, e ela questionou se eu tinha certeza porque no prontuário dela está que ela foi avaliada e ela negou dizendo que não tinha sido e tinha certeza. Ai a enfermeira falou: ‘Você não falou que tinha tomado a medicação e estava sonolenta’, e ela: ‘Não, não falei isso não’, aí ela foi lá ver o que tinha acontecido e viu que tinha dois prontuários com o nome Patrícia, foi onde viram que tinha dois nomes iguais e eles preencheram o prontuário errado, e viram que realmente ela não tinha sido avaliada. Aí foi lá e chamaram o Doutor, (...) avaliou ela com a maior atenção, passou medicação e tudo

Segundo o artigo 299 do Código Penal (Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940), a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário quanto aos fatos relacionados com o paciente pode caracterizar falsidade ideológica: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena – reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular”. Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte. Falsidade ideológica refere-se à formação de documento cuja materialidade é perfeita, mas o conteúdo é falso. Assim, nota-se total negligência quanto as leis vigentes por parte dos profissionais que atendem a parturiente e sua família, além da falta de fiscalização quanto ao cumprimento ou não das mesmas.

Alguns autores apontam que a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições

desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda assistencial (caracterizando um sucateamento da saúde), também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para as suas vidas e as de seus bebês (Nogueira, 1994; Menezes et al, 2006; Aguiar, 2010). Patrícia (casal 2) contou:

Nossa, na UAI eu sofri viu com esse negócio de vaga, de médico, eu sofri! Porque aí tava faltando médico e os médico que tava lá uns falava que tava dobrando o plantão, por isso que eles estavam cansados e aí eu sofri enquanto eu tava lá.

Por outro lado, o desconhecimento e a falta de respeito para com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além da imposição de normas e valores morais depreciativos por parte dos profissionais, também são apontados como importantes fatores na formação da complexa trama de relações que envolvem os atos de violência institucional contra gestantes e puérperas (Dalsgaard, 2006; McCallum & Reis, 2006). Estes maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, que ainda marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica (Giffin, 1999).

Em uma análise mais recente, da pesquisa “Nascer no Brasil” (2014), com foco na satisfação das mulheres no que diz respeito à experiência delas sobre violência durante a assistência ao parto, verificou-se que as mulheres que entraram em trabalho de parto relataram maior incidência de violência física, verbal ou psicológica, em comparação com aquelas que não entraram em trabalho de parto.

Karla (casal 7) conta sua peregrinação durante o pré-natal a procura de médicos pelo convênio que pudessem assistir o seu parto como ela gostaria de ter (normal e sem intervenções),

e já em um estágio avançado de gestação (35 semanas), relata um dos diálogos com um médico que, indicado por conhecidas suas, supostamente poderia acompanhá-la:

Eu liguei (...) Aí ele disse: ‘uai mas porque? Seu médico não faz?’ Aí eu falei: ‘ Não, ele não faz porque disse que não tem disponibilidade, que não tem como ele deixar o consultório pra me atender e ainda me fez me colocar no lugar daquelas que iriam perder a consulta pra que eu fosse atendida’ Aí ele falou: ‘Uai, estranho, porque ele é um médico muito bom’ Eu: ‘ É mais ele não faz (...)’ Ele: ‘ é, mas a gente depende de vários fatores pra dar certo de fazer (...) eu não tenho nenhum problema não, vem aqui pra gente conversar’. Aí eu marquei e fui. Cheguei lá e falei tudo o que eu não queria (...) ele falou que se eu chegasse com poucos centímetros de dilatação ele não ia ficar ali do meu lado e que se eu chegasse um pouco mais evoluída eles iam me dar um sorinho, daí eu já cortei ele e reforcei o que eu já tinha dito, que não queria isso. Aí ele: ‘Ah, você não quer nada então?’ ‘ Não, não quero isso, não quero episiotomia, quero um parto natural’ Aí ele falou assim: ‘ Mas você sabia que você pode lacerar?’ E eu: ‘ Sei, e mesmo sabendo não quero, porque não nasceria sem episio?’ eu fui bem assim sabe, encarei ele (risos) Aí ele: ‘ Não assim, dá, claro que dá, só que a gente faz pra poder evitar’ mas eu reforcei que não queria e ele disse: ‘então você quer que a gente fique só vendo você?’ Eu: ‘É, é só isso mesmo, só se precisar mesmo’ Aí ele falou que ia me respeitar, só ia intervir se tivesse necessidade, se ele visse que o coração do bebê estivesse fraquinho, por exemplo.

A postura do profissional que deveria ser de acolhimento, escuta ativa, orientações qualificadas e respeito a decisão da mulher, não aconteceu como no caso descrito, em que o profissional questiona a mulher de forma irônica em sua maioria, omite informações importantes para uma vivência positiva do trabalho de parto e parto normal, além de confirmar o discurso do parto como mercado, se recusando a acompanhá-la durante o trabalho de parto. Pelo contrário,

abre espaço para um diálogo informal e antiético no consultório, como descrito por Karla (casal 7):

Ele me perguntou se eu já tinha conversado com a Laura e a Sônia, que são as únicas médicas aqui de Uberlândia que fazem esse trabalho igual eu quero né, só que por elas só atenderem particular e por eu não ter condições nem cheguei a ir nelas. Aí ele me perguntou: ‘ Você queria fazer parto domiciliar?’ Eu disse: ‘ Eu queria’ Aí ele: ‘Você é louca, você é maluca, esse eu não faço, porque eu tenho a concepção assim, se a gente tem o hospital pra que que a gente vai ficar em casa, a gente faz tudo o que precisa fazer aqui’. Mas a minha discussão não era essa, eu disse pra ele, e terminei reforçando que a única coisa que eu queria com ele é que ele fosse sincero comigo, ‘ O senhor acha que é possível respeitar as minhas escolhas?’ Aí ele ficou meio assim e disse que podia ser, mas que eu ia sofrer mais né, mas que era sem problemas, que eu poderia confiar que ele não ia mentir, e que se ele visse que ia ter algo pra atrapalhar ele iria me falar e ia intervir. Aí eu falei: ‘ É isso então, só isso que eu queria saber’ Aí ele falou de um outro médico também lá do hospital que fazia parto normal e que até mandava uma enfermeira ficar junto em casa durante o trabalho de parto, mas daí ele já cobrava taxa de disponibilidade, e eu sei que isso é ilegal. Aí ele voltou e falou que já fez vários partos normais, já fez vários partos pélvicos também, me pareceu bem coerente assim no que ele falava sabe, não foi igual os outros que parece que ficam tentando te fazer engolir uma informação sabe, mas ele disse que não gostava de fazer muito não, porque achava mais difícil, porque a mulher sofre mais (...) Aí ficou nisso, ele me passou o telefone dele e disse que qualquer coisa que precisasse podia ligar. Ele não cobra disponibilidade, acho que por ser cristão sabe.

A postura do profissional no atendimento à mulher gestante nos faz supor que suas práticas e discursos não são avaliados e nem fiscalizados, mantendo ativo aqueles que não tem comprometimento com uma prática segura, atualizada e humanizada nos serviços de saúde em questão. Tal fato nos faz questionar a existência de leis e conselhos que regem a atuação dos profissionais médicos, uma vez que sua fiscalização é limitada e falha. Diante do diálogo apresentado, a gestante Keila (casal 7) sai do consultório confusa quanto a confiabilidade naquele profissional, o que a leva a continuar procurando outros, como descreve abaixo:

Mas marquei com outro ainda sabe que vou na consulta essa semana, daí vou comparar os dois, o que eu sentir mais segurança aí eu faço (...) Eu estou sendo bem caruda com os médicos agora nesse final sabe? Falo o que quero e peço sinceridade sabe, porque se não vou atrás de outro que faça, sabe? Tem um outro médico que foi bem grosso também, ele disse que não esperava passar de 40 semanas, não fazia se não fizesse episio, falou umas informações muito ridículas dizendo que esse musculo foi feito mesmo pra rasgar, que ia rasgar sabe? Aí eu fiquei calada sabe, tipo, pode falar que finjo que sou uma idiota que acredito, não discuti, só não voltei mais.

Os profissionais de saúde tendem a subestimar a importância da experiência do parto e se concentram principalmente nos seus resultados, como morbidade e mortalidade. Mas mesmo para mulheres saudáveis dando à luz bebês saudáveis, a experiência do parto é poderosa e duradoura, com consequências para sua saúde física e mental, autoimagem, relacionamento com o bebê, com o companheiro (a) e com a família. Para a maioria das mulheres a experiência do parto pode ser dolorosa e muito estressante, sendo variadas as causas, como a falta de familiaridade com os profissionais de saúde, com o ambiente hospitalar e suas rotinas, a dor e o desconforto (do próprio nascimento ou das intervenções), a preocupação e a incerteza sobre o que está acontecendo, as dificuldades de comunicação, a falta de empatia, o tratamento hostil, e a solidão (Enkin et al, 2005; Simkin, 2007; Bowser & Hill, 2010).

Karla (casal 7) contou sobre seu parto, com o médico descrito acima:

Meu parto teria tudo pra ser perfeito, mas não foi por bobagem mesmo sabe? Bobagem médica! Ainda mais que eu procurei me informar assim, parece que é aí que você sente mais raiva ainda dessas coisas (...) Enquanto eu estava agachada nas contrações eu sentia que ela estava vindo, saindo, e quando eu deitei foi como se ela tivesse parada e isso me incomodou, foi como se estivesse interrompido (...) e ele (médico) tinha me dito na consulta que iria deixar eu ficar na posição que eu quisesse desde que estivesse dando tudo certo, e estava dando certo tanto é que ela quase nasceu no quarto do hospital, eu até falei depois com a Géssica (amiga enfermeira) que ela podia ter deixado nascer lá mesmo, se precisasse de alguma coisa eu já estava no hospital mesmo (...) Eu não conhecia os profissionais no dia do parto, mas eu fiquei tranquila por a Géssica estar comigo, mas eles não fizeram nenhuma diferença assim, não fizeram nada pra me ajudar (...) Não gostei do pediatra também, porque na hora que ela já estava nascendo ele ficou subindo em cima da minha barriga sabe? Eu também não queria isso, e não precisava, ela já estava nascendo (...) Foi tudo muito bom enquanto eu estava em casa, o trabalho de parto assim, porque a hora dela nascer mesmo foi tudo diferente do que eu queria e esperava (...) Engraçado é que a dor que senti durante o trabalho de parto eu não lembro mais como é, muita gente dizia isso mas eu tinha dúvidas (...) só no hospital que foi horrível, o que mais me doeu foi as intervenções que fizeram e o descaso comigo, com o que eu queria assim pro meu parto, isso eu não esqueci! (...). Sem contar a episiotomia que acabaram fazendo (...) em casa os pontos me incomodaram muito (...) pra sentar, amamentar, (...) me senti como se eu tivesse tido uma cesariana (...) ao invés de descansar quando ela (bebê) dormia eu tinha que colocar compressa fria e toda vez me dava uma raiva, sabe? Muita raiva do médico.

Caio (casal 7) confirmou e acrescentou o relato de sua esposa:

Pelo fato da gente querer um parto o mais natural possível né, ela não recebeu nenhum tipo de medicamento, (...) chegaram a oferecer mas ela não quis (...) a única coisa que eu achei que não foi legal foi pelo fato de (...) mesmo a Karla tendo pedido pra não acontecer e ela ter ficado muito contrariada com isso, eles aproveitaram e deram o 'piqui', assim, eu quero acreditar que tenha sido ao acaso que ele fez isso, essa coincidência de estar só a Karla e ele na sala e ele fazer isso, foi nem 5 minutos, e sem ela pedir, sem a autorização dela, e ela ficou muito chateada por isso, eu acho que ela sentiu assim invadida, e foi a única parte assim que eu achei ruim, que eu não pude fazer nada também, pelo fato de eu não estar lá, e não sei se mesmo a gente estando lá ele iria fazer ou não, não sei dizer, mas infelizmente aconteceu.

Zorzam (2013) concluiu em seu estudo que a disponibilização das informações no pré-natal é insuficiente tanto nos setores públicos quanto suplementares de saúde, revelando o silêncio em torno do parto. Além disso, as mulheres são desencorajadas a busca ativa por informações, e mesmo que tenha o acesso as informações sobre humanização, não possuem total garantia da possibilidade de negociação, não garantindo êxito para as decisões referentes ao parto, dadas as várias dificuldades impostas pelos mecanismos profissionais e institucionais.

De acordo com Deslandes (2004), “resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do 'outro' em sua humanidade" (p. 9). Nesse sentido, quanto ao respeito à mulher e seus familiares, o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) reconheceu ser fundamental: chamar a paciente pelo nome (evitando os termos "mãezinha", "dona", etc.), permitir que ela identifique cada membro da equipe de saúde (pelo nome e papel de cada um), informá-la sobre os diferentes procedimentos a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente acolhedor, limpo, confortável e

silencioso, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades. Atitudes essas que são relativamente simples e que requerem pouco mais que a boa vontade do profissional. Raquel (casal 5) comentou:

Depois que eu fui pra essa sala de observação, aí nossa, eu estava morrendo de fome, porque era troca de plantão e parece que uma não arrumou o lanche e deixou pra outra e a outra não sabia e tal, aí eu fiquei com vergonha também de pedir, aí os quando eu subi pro quarto que a gente foi tomar café da manhã, e isso já estava quase na hora do almoço.

Helena (casal 6) que teve seus partos em casa e com um atendimento “humanizado” declarou:

Eu conversei com a equipe (...) porque durante o meu primeiro trabalho de parto eu não me senti empoderada, eu senti que continuava na mão deles as decisões assim, eu queria saber quantos centímetros de dilatação estava, eu queria saber que processo que estava, eu sei que eles não tinham como prever se estava perto ou não de nascer, mas eu quero saber o que está acontecendo. Eles disseram, inclusive deve ter alguma base científica ne, de que não é bom falar pra mulher porque ela pode desistir desse processo, assim mas no meu caso eu quero saber porque se é um parto humanizado que tanto diz sobre o empoderamento da mulher, e se é isso que a gente escolheu né, se está na nossa mão a decisão, eu acho que faz parte eu saber como está e se eu vou desistir, acho que faz parte eles me convencerem a não desistir, o máximo que eles podem fazer.

Nota-se que várias das descrições acima foram observadas no atendimento ao parto normal, em especial no setor privado. Assim, para que esse quadro de desrespeito e violência mude é preciso reconhecê-la e denunciá-la, além de assegurar que os casos em que ela ocorreu sejam acolhidos, apurados e julgados. Em 23 de novembro de 2015, foi sancionada na cidade do

estudo, a lei de nº 12.315, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Uberlândia. É necessário que se cumpram as leis e normas vigentes no país, assim como no município em questão, garantindo o pleno exercício de sua cidadania, liberdade sexual e reprodutiva, assim como o direito a saúde.

É emergente as mudanças das relações médico-paciente, assim como o acolhimento da gestante, seus familiares e ao bebê nas suas primeiras horas extrauterinas. A fiscalização das instituições, assim como a punição aos profissionais que descumprem com o código de ética de sua profissão e com as leis vigentes devem se tornar efetivas, a fim de se humanizar a saúde e todo o processo de parturição no Brasil.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Redigir as últimas considerações e reflexões sobre todo o processo que resultou essa dissertação parece ser uma tarefa difícil, visto o quanto exigiu de mim (re) leituras de mundo, me fazendo questionar muitos discursos pessoais. Diante de toda a multiplicidade e complexidade envolvidas na temática até então, resumi-la em poucas palavras parece um tanto árduo. Contudo, busco nesse capítulo retomar alguns pontos importantes levantados ao longo da pesquisa. Para isso, esse tópico foi estruturado da seguinte maneira: Produção de sentidos e as possibilidades de participação de pais e mães no nascimento de seus filhos; Resgate do caminho percorrido: pesquisa e pesquisadora e Implicações do estudo para as práticas profissionais e para políticas públicas.

7.1. Produção de sentidos e as possibilidades de participação de pais e mães no nascimento de seus filhos

As entrevistas realizadas, tanto antes quanto depois do parto foram marcadas pela riqueza de sentidos produzidos sobre a participação de pais e mães no nascimento de seus filhos. Os relatos de suas expectativas e vivências permitiram trazer à tona determinadas construções, compartilhadas ou não entre os casais, referentes ao modo de experimentar todo o processo de gestação, parto e dias subsequentes ao mesmo.

Antes de iniciar as entrevistas, esperava falas cheias de expectativas quanto a hora do nascimento de seus filhos. Contudo, os pais mostraram um sentimento de total desconhecimento quanto ao momento em que estavam prestes a viver, além de trazer à tona suas inseguranças, medos, ansiedades, crenças e esperanças de que tudo terminaria bem.

Quanto as vivências na hora do parto, visto todo o histórico obstétrico brasileiro, esperava alguns relatos marcados pela apropriação médica de todo o processo do nascimento, excluindo aspectos biopsicossociais que envolviam os pais naquele momento, contudo, acreditava que em outros relatos teriam uma visibilidade de mudanças no quadro de descuido a essas mães e pais. Porém, as falas dos casais foram predominantemente marcadas pelo desrespeito e violência por parte dos profissionais de saúde que os assistiam, o que resultou em um capítulo exclusivo para aprofundar a temática e alertar a população e as autoridades de saúde para a urgência de medidas que alterem esse quadro na atenção à saúde obstétrica e neonatal.

E por fim, tem-se o momento pós-parto, em que esperava encontrar relatos de adaptação à rotina com a chegada do bebê, porém com o predomínio de sentimentos como alegria e satisfação. Contudo, encontramos uma difícil adaptação e um desamparo profissional para a maioria dos casais, com dificuldades para lidar com necessidades básicas do bebê, como a amamentação exclusiva.

Assim, cabe retomar as bases teórico-metodológicas que influenciaram o presente estudo. Destaca-se a importância do contexto histórico e social na construção de descrições do mundo, os relacionamentos humanos como campo de produção e suporte do conhecimento, e ainda a valorização de uma postura crítica e reflexiva, que foi o solo que possibilitou as análises desenvolvidas.

Com isso, ao propormos buscar entender como se dão os sentidos acerca da participação dos pais nos nascimentos de seus filhos, pensando nas relações familiares nesse contexto, nos colocamos diante da possibilidade de novos horizontes e perspectivas que pudessem ser considerados. A hegemonia médica em todo o processo do nascimento precisa ser questionada, e a prioridade na assistência à saúde desse público deve ser a valorização da autonomia das mulheres em escolher como e com quem vivenciar todo o processo do nascimento, com a oferta de informações qualificadas que são de responsabilidade dos profissionais de saúde. Com este

trabalho, convidamos o leitor para um novo olhar acerca da assistência obstétrica e neonatal, considerando os desafios apresentados e a urgente necessidade de uma postura ética e humana daqueles que os assistem.

7.2. Resgate do caminho percorrido: pesquisa e pesquisadora

Ao longo de todo trabalho, muitos foram os obstáculos encontrados. Obstáculos estes que foram decisivos para a reflexão acerca da minha pessoa como pesquisadora e que colocaram a prova minhas percepções e minha forma de entender o mundo e o lugar onde eu gostaria de chegar. Obstáculos que se mostraram quanto à metodologia, coleta de dados e a busca por respostas aos questionamentos que surgiam. Aos poucos, pude sentir um crescimento na condução das entrevistas, e devagar sinto que adquiri uma visão mais crítica de todo o processo em discussão.

A realização de entrevistas tendo como pressuposto o construcionismo social foi o maior desafio, visto que demanda uma postura de convite ao diálogo e a construção do conhecimento a partir da relação entre entrevistador e entrevistado, o que não foi uma tarefa simples, principalmente por não saber a que lugares a conversa se estenderia e que sentidos poderiam ser (re) produzidos. Apesar de nem sempre ficar satisfeita com minhas colocações e silenciamento durante as entrevistas, os participantes produziram discursos muito ricos, o que me permitiu um interessante trabalho a partir deles. Espero que ao lerem essa pesquisa, os mesmos possam sentir que emprestaram suas vozes com suas experiências para um amplo debate, trazendo contribuições importantes sobre a urgência de melhorias na assistência materno-infantil.

Outra dificuldade encontrada foi quanto ao processo metodológico. Eram necessários participantes com características limitadas, o que dificultou o encontro dos mesmos nas unidades básicas de saúde propostas a princípio. Outra dificuldade encontrada foi quanto ao meu papel de

pesquisadora e entrevistadora, uma vez que optando por um estudo que tem como metodologia o uso de entrevistas, dependia da decisão informada e esclarecida dos selecionados em participar, o que por sua vez, não garantia que todas as pessoas contactadas fizessem parte da pesquisa. Foi o caso desse estudo, o que acabou levando à modificação do local para levantamento dos possíveis casais participantes, ampliando-se para minha rede de contatos. Comuniquei vários amigos e conhecidos sobre a necessidade de casais com determinadas características, já descritas anteriormente, e conforme indicações, contactei aqueles que se enquadravam, prosseguindo o trabalho com aqueles que concordaram em participar da pesquisa. Apesar de ter demandado tempo para conseguir os casais selecionados, acredito que não houve prejuízos para a construção do trabalho.

E, por fim, a reflexão sobre minha formação acadêmica foi necessária, me fazendo desconstruir conceitos e paradigmas, entre eles, a ciência biomédica como fonte de informação e norteadora da minha prática profissional. Além disso, apesar de ser em alguns momentos estimulada durante a graduação, o olhar crítico e reflexivo permanecia em um plano superficial, na qual se limitava a reconhecer a necessidade de uma qualidade de vida e de assistência aqueles a quem nos dedicávamos. Contudo, tal formação colaborou para que eu enxergasse um “problema” na forma como pais e mães participavam do nascimento de seus filhos, e mesmo com a pouca crítica que eu tinha, além de um conceito de humanização distorcido e romantizado, foi o bastante para me inspirar a produzir o atual estudo.

Apesar do enfoque na importância da humanização do cuidado, além do entendimento das pessoas a partir de seus contextos de vida, com a integração de aspectos biológicos, sociais, históricos e psicológicos, não tinha consciência do quão abrangente essa discussão se faz. Diante disso, somente durante o processo de elaboração desse trabalho, ao incorporar à minha trajetória de pesquisa a perspectiva construcionista social, foi que produzi novas formas de percepção, além de um olhar diferenciado para a questão.

7.3. Implicações do estudo para as práticas profissionais e para as políticas públicas

Dentre as percepções que eu tinha e que foi desconstruída no decorrer da elaboração desse trabalho, foi a crença de que a passividade das mulheres e seus familiares em relação às condutas institucionais impostas assim como os discursos profissionais em relação aos seus quadros clínicos, eram frutos do comodismo por não buscarem informações qualificadas. Contudo, o presente estudo permitiu um novo olhar para este cenário, ajudando a entender os sentidos de todo o processo do nascimento para pais e mães, além de fornecer subsídios para compreender, avaliar e ampliar a discussão em torno da temática da humanização da assistência materno-infantil, assim como das políticas públicas que vêm sendo incorporadas na legislação brasileira.

Diante das diversas formas de pensar e perceber o processo de gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, a maneira como acontece a assistência pelos profissionais é em sua maioria marcada pela disputa de poder pelo saber, desqualificando as pessoas envolvidas, assim como suas subjetividades e individualidades. Isso porque se busca motivos e culpados para justificar uma hegemonia de poder, que torna inquestionável as suas práticas, assim como suas condutas frente aos nascimentos.

Fica evidente duas maneiras distintas de como as gestantes lidam com o atendimento recebido. Algumas mulheres confiam e não questionam as informações, decisões e práticas que lhes são ofertadas, afirmando de forma alienada a supremacia médica. Já outras, se mostram empoderadas, questionando seus saberes e exigindo respeito para as decisões referentes aos seus corpos e a de seus filhos, contudo, nota-se que estas logo se tornam vítimas de um olhar condenável do profissional, que ignora as informações trazidas pelas gestantes e fazem predominar as suas sentenças.

Assim, fica claro um sistema obstétrico ineficiente, desintegrado e sem conexão, em que os seus dirigentes não reconhecem a autonomia das mulheres para tomar decisões e continuam tratando-as como meras clientes ignorantes.

Daí o interesse em estudar os sentidos do nascimento para o público envolvido, a partir da necessidade de uma crítica que vai além desses discursos normativos e culturais que apontam uma incompatibilidade entre o sistema de saúde e seus cuidados obstétricos e as atuais evidências científicas e políticas públicas, que por sua vez tem implicações diretas na maneira como os profissionais abordam essa população, negando os seus direitos e usando de discursos conservadores, tendenciosos e regados com clichês.

Ribeiro, Silva, Souza, Goellner, & Felipe (2007) afirmam que quando não nos opomos aos estereótipos, reduzimos nossa capacidade de entendimento e aceitação do outro, nos afastando do respeito à diversidade. Diante disso, tem-se a necessidade da reflexão por parte dos profissionais acerca de sua postura e prática, de forma que transponha os estereótipos de irresponsabilidade e imaturidade, tornando-se mais sensíveis às noções de especificidades sociais e históricas e a multiplicidade de sentidos dados aos eventos do nosso cotidiano, além de colaborar para a promoção de saúde entre as parturientes, seus bebês e familiares, assim como uma vivência positiva de todo esse processo.

É preciso questionar ainda a falta de fiscalização para as leis já vigentes, além do desconhecimento das gestantes e seus familiares acerca de seus direitos. Assim, o debate se aprofunda para além das escolhas, se afirmando sobre a falta de oportunidade para escolhas conscientes e a presença limitada de informações qualificadas para as mulheres parturientes e seus familiares. Além de fornecer informações às mulheres, os profissionais precisam assumir uma postura de aproximação, cuidado, respeito e compromisso com as mais recentes evidências científicas, de forma que auxilie na superação de tabus relacionados à assistência materno-infantil.

Diante disso, surgem algumas questões, tais como: quais as implicações das políticas públicas para a mudança do cenário de descuido na atenção ao processo parturitivo? Quais as implicações dessas leis na mudança de uma cultura aparentemente enraizada no público assistido? Qual o melhor caminho: imposição de modelos de assistência à saúde ou educação em saúde? E por fim, qual a percepção dos profissionais de saúde que atendem as gestantes e seus familiares em todo processo do nascimento? Trata-se de buscar os ‘sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos’ também sob o olhar do profissional, principalmente médico. Buscar conhecer e compreender as suas motivações, assim como suas interpretações quanto aos casos atendidos.

Espera-se que as discussões levantadas inspirem outros estudos e que estes produzam novos questionamentos, permitindo um processo constante de discussão. Ao discutir a temática e buscar desconstruir verdades procura-se enxergar novas possibilidades, respeitando o outro enquanto detentor de direitos, além de ampliar o olhar para o mesmo, compreendendo as singularidades existentes na vivência do processo do nascimento.

8. REFERENCIAS

- Abouzahr, C., & Wardlaw, T. (2001). La mortalidad materna al término de una década: hay indicios de progreso? *Bull World Health Organ*; 79: 561-8.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2014). *Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade*. Brasília: ANVISA.103 p. : il.
- Aguiar, J.M. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. São Paulo. Tese (doutorado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.
- Albers, L.L. (2005). Overtreatment of normal childbirth in US hospitals. *Birth*. 32(1):67-8.
- Albuquerque, L.C.; Pereira, E.E.P.; Rios, C.T.F.; Frias, L.M.P.S. & Corrêa, R.G.C.F. (2007). Conhecimento de mulheres sobre o motivo para a realização do parto cesáreo. *Revista do Hospital Universitário/UFMA* 8(2): 9-16, jul-dez.
- Albuquerque, R.A. et al (2011). Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.677-86, jul./set.
- Almeida NAM, Soares LJ, Sodr   RLR & Medeiros M. (2008). A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]; 10(4):1114-23.
- American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG (2004). *Content of a Complete Routine Second Trimester Obstetrical Ultrasound examination and Report*. Washington: Management of postterm pregnancy.
- Amorim, M.M.R.; Souza, A.S.R. & Porto, A.M.F. (2010). Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I / Evidence-based cesarean section indications: part I. *Femina*;38(8), ago.
- Anderson, G. C.; Moore, E. R. & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: *The Cochrane*. Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- Andrezzo, H.F.A. (2007). *A satisfação da parturiente com seu parto: resultados de três maternidades do sul do Brasil [trabalho de conclusão do curso]*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina.
- Awi DD & Alikor EA. (2006). Barriers to timely initiation of breastfeeding among mothers of healthy full-term babies who deliver at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract*; 9(1):57-64.
- Bhutta ZA, Darmstadt GL, Haws RA, Yakoob MY & Lawn JE. (2009). Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9 Suppl 1:S7.

- Borsa, J. C. & Dias, A. C. G. (2004). Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério. *Revista Perspectiva*, Erechim, v. 28, n. 102, p. 39- 53.
- Bowser D & Hill K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: *USAID-TRAction Project*, Harvard School of Public Health.
- Brasil (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília (DF); p. 32-7.
- Brasil (2005). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Ministério da Saúde. Brasília, DF.
- Brasil (2008a). *O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília.
- Brasil (2008b). *A epidemia do parto cesáreo*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/epidemia_cesa_saudebussines.pdf. Acesso em 03/10/2015.
- Brasil (2008c). *HumanizaSUS: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília.
- Brasil (2009a). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Área Técnica de Saúde do Homem, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009b). *Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) ISBN 978-85-334-1561-4.
- Brasil (2011a). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 82 p. : il.
- Brasil (2011b). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas*. – Brasília.
- Brasil (2011c). *Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012a). *Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde,

2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- Brasil (2012b). *Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2014). *Humanização do parto e do nascimento* / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)
- Brenes, A. C. (2008). História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, MG, v. 18(2).
- Brenes, A.C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública*. Vol.7, n.2, pp. 135-149. ISSN 0102-311X
- Brüggemann OM, Osis MJD & Parpinelli MA. (2007). Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*; 41:44-52. 22.
- Bruggemann OM, Parpinelli MA & Osis MJD. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saude Publica*.
- Bystrova, K. et al. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, Malden, v. 36, n.2, v. 97-109.
- Callaghan WM & Dietz PM. (2010). Differences in birth weight for gestational age distributions according to the measures used to assign gestational age. *Am J Epidemiol.*; 171:826-36
- Caminha, M.F.C. et al. (2011). Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2245-2250, Apr.
- Cardoso, A. (2003). *Representação dos conceitos centrais da Enfermagem num contexto de saúde materna e obstetrícia*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Carfoot S, Williamson P & Dickson R. (2005). A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*. 21(1):71-9.
- Carniel EF, Zonolli ML & Morcillo AM. (2007). Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet*;29(1): 34-40.
- Carraro, T.E., Knobel, R., Frello, A.T., Gregório, V. R. P., Grüdtner, D. I., Radünz, V., & Meincke, S. M. K. (2008). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(3), 502-509.

- Carroli G & Mignini L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.*; (1):CD000081. PMID:19160176.
- Carvalho RA. (2001). Cuidado-presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco. Passo Fundo (RS): *Editora da UPF*.
- Carvalho, M.L.M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2(19):389-98.
- Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, Cheng YW, Gienger A, Little SE, et al. (2009). Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. *Evid Rep Technol Assess*.
- Cecagno, S. & Almeida, F.D. O (2004). Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. *Texto contexto - enferm.*, Set, vol.13, no.3, p.409-413. ISSN 0104-0707
- Coelho M.J., Neves E.P., Santos R.S., Pereira A., Pereira M. & Figueiredo N.M.A. (2005). Conforto e suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem. *Rev Enferm Atual*. Jul-Ago; 5(28):7-13.
- Colacioppo P.M., Koiffman M.D., Gonzalez Riesco M.L., Schneck C.A. & Osava R.H. (2010). Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Ref*. 3(2):81-90.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de pais e mães, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV),381-398.
- Copelli F.H.S., Rocha L, Zampieri M.F.M., Gregório V.R.P. & Custódio Z.A.O. (2015). Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 24(2): 336-43
- Costa S.M. & Ramos J.G.L. (2005). A questão das cesarianas. *Rev Bras de Ginecol e Obstet* [periódico na internet], Out; 27(10):571-574
- Costa, R, Pacheco, A, & Figueiredo, B. (2012). Antecipação e experiência emocional do parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 15-35.
- Costa, T.; Stotz, E.M.; Grynszpan, D., & Souza, M.C.B. (2006). Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface*. 10: 363-80.
- Costley P.L. & East C.E. (2012). Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database Syst Rev.*;5(5):CD009241.
- Cruz, D.C.S.; Sumam, N.S. & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*; 41(4):690-7.
- Chalmers, B.; Kaczorowski, J.; Darling, E.; Heaman, M.; Fell, D.B.; O' Brien & B.; Lee, L. (2010). Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance

- System. Casarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth*. 37: 44-9.
- Chaparro, C.M. & Lutter, C. (2007). *Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças*. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro.
- D'Oliveira A.F.P.L., Diniz S.G. & Schraiber L.B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(11):1681-5.
- Dalsgaard A.L. (2006). *Vida e esperanças: esterilização feminina no Nordeste*. São Paulo: Editora UNESP
- Dawood F., Dowswell T. & Quenby S. (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev*.;6(6):CD007715.
- Delaney M., Roggensack A., Leduc D.C., Biringer A., Delaney M., Dontigny L., Gleason T.P., Shek-Yn Lee L., Martel M.J., Morin V., Polsky J.N., Rowntree C., Shepherd D.J. & Wilson K. (2008). Maternal Fetal Medicine Committee. Guidelines for the management of pregnancy at 41±0 to 42±0 weeks. *J Obstet Gynaecol Can.*;30(9):80-230
- Deslandes S.F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*; 9:7-14.
- Dias, M.A.B. & Deslandes, S. F. (2006). 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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(12):2647-2655.
- Dias, M.A.B. & Domingues, R.M.S.M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.10, n.3, pp. 699-705. ISSN 1413-8123.
- Dias, M.A.B., Domingues, R.M.S.M., Pereira, A.P.E., Fonseca, S.C., Gama, S.G.N., Theme, M.M.F., Bittencourt, S.D.A., Rocha, P.M.M., Schilithz, A.O.R., & Leal, M.C. (2008). Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1521-1534.
- Diniz, C.S.G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*; 10:627-37.
- Diniz C.S.G., d'Orsi E., Domingues R.M.S.M., Torres J.A., Dias M.A.B., Schneck C.A., et al. (2014). Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*;30(Supl):S140-S153.
- Diniz S.G., Bick D., Bastos M.H. & Riesco M.L. (2007). Empowering women in Brazil. *Lancet*; 370:1596-8

- Diniz, C.S.G. (2001). *Entre Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Diniz, C.S.G., d'Orsi, E., Domingues, R.M.S.M., Torres, J.A., Dias, M.A.B., Schneck, C.A., Lansky, S., Teixeira, N.Z.F.R., Rance, S. & Sandall, J. (2014). Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S140-S153.
- Diniz, S.G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326.
- Diniz, S.G. & Duarte A.C. (2004) *Parto Normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (E todo homem também)*. São Paulo: Editora Unesp.
- Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM & Horey D. (2004). Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev. Oct 18*; (4):CD004224.
- Domingues, M. (2012). *Reflexões sobre ecologia e parto*. Rio Claro : [s.n.], 35 f. : il., figs. Trabalho de conclusão de curso (Ecologia) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro .
- Donald, B.M. (2013). *Biological embedding of early childhood adversity: Toxic stress and the vicious cycle of poverty in South Africa*. University of Cape Town & Department of Psychiatry, Stellenbosch University.
- Dornfeld D. & Pedro ENR. (2015). The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. *Invest Educ Enferm*; 33(1): 44-52.
- Duarte, A.C. (2013). *Eu não tive dilatação*. Palavra da parteira. Disponível em: <http://www.maternidadeativa.com.br/artigo6.html>. Acesso em: 03/10/2015.
- Duncan BB, Schmidt MI & Giugliani ERJ. (2004). Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: *Artmed*.
- Edmond, K. M. et al. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, [S.l.], v. 117, p. 380-6, mar.
- Edwards, L.D. (2002). Adaptação à paternidade/maternidade. O cuidado em enfermagem materna, Porto Alegre: *Artmed*, 457-495.
- Ehrenreich, B. & English, D. (2007). *Bruxas, parteiras e enfermeiras: uma história de mulheres curandeiras* (versão preliminar) trad. Paulo Perna e Meryl Adelman, Curitiba.
- Enkin M., Keirse M., Neilson J., Crowther C., Duley L., Hodnett E., et al. (2005). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara- -Koogan.

- Espírito Santo, L.C. & Bonilha, A.L.L.. (2000). Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Revista Gaúcha de Enfermagem* - 21(2):87-109.
- Ferrari J. & Lima N.M.L. (2010). Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, *Brasil. Revista Bioetica*. 18(3):645-58.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 20(X), 203-217.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco A. & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. *Early Child Development nad Care*, 177 (5), 521-532.
- Fonseca, P. & Taborda, J. (2007). Paternidade: Passado, Presente e Futuro. *Revista de Psicologia: Atlaspsico*, 5, 14-23.
- Foucault M. (1979) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro (RJ): Grall.
- Frank T.C. & Pelloso S.M. (2013). A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. *Rev Gaúcha Enferm.*; 34(1):22-29.
- Fraser W.D., Turcot L., Krauss I. & Brisson-Carrol G. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* ;(6).
- Freitas, C. V., Fernandes, L. D. S., & Vaz, M. J. R. (2007). Percepção do acompanhante frente ao parto humanizado. *Saúde Coletiva*, 4, 46-50.
- Frutuoso, L.D. & Brüggemann, O.M. (2013). Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(4), 909-917.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (2009). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. UNICEF/ OMS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Gaiva, M. A. M. & Scochi, C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 4, p 444-448.
- Gama, A.S., Giffin, K.M., Tuesta, A.A., Barbosa, G.P., & d'Orsi, E. (2009). Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2480-2488.
- Genesoni, L. & Tallandini, M.A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*. 36:4 (Dezembro), p. 305-317.
- Giffin KM. (1999). *Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica*. In: Giffin KM, Costa SH, organizadores. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; p.79-91.

- Giglio, M.R.P., França, E., & Lamounier, J. A. (2011). Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(10), 297-304.
- Gomes, A.G., & Piccinini, C.A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38
- Goodburn, E. & Campbell, O. (2001). Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may the key. *BMJ*; 322:917-20
- Gooding, J. S. et al. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, v. 35, n. 1, p. 20-28.
- Griboski, R.A. & Guilhem,D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 15(1): 107-14.
- Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M & Dijkstra R. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 8: 1-72.
- Guimarães, G.P. & Moticelli, M. (2007). A formação do Apego pais/recém-nascido pretermo e o de baixo peso no método mãe Canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* 16(4):626-635.
- Guizard, F. L. & Pinheiro, R. (2004). *Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. p. 21-36.
- Gutierrez AC, Gonzales TTC, Casal MEB & Echevarria PB. (2008). Resultados perinatales de la conducta expectante en el manejo del embarazo prolongado. *Rev Cubana Obstet Ginecol*.
- Guzzo GM. (2008). *Conhecendo os pais que acompanham o nascimento dos seus filhos: quem são e o que pensam sobre sua participação no parto* [trabalho de conclusão]. Porto Alegre (RS): Universidade do Rio Grande do Sul.
- Halpern J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York:Oxford University Press.
- Helman CG (2003). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre (RS): ARTMED.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ & Sakala C. (2011). Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and Women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 186: S160- 72.
- Hofmeyr GJ & Kulier R. (2008). External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software

- Hotimsky S.N, Rattner D., Venâncio S.I., Bógus C.M. & Miranda M.M. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. Out;18(5):1303-1311
- Hotimsky S.N. (2007). *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Hotimsky, S.N. & Alvarenga, A.T. (2002). A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica. *Estudos Feministas* ;10:461-81.
- Hopkins K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med*; 51(5):725-740.
- Iñiguez, L. (2005). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/33505797/Manual-de-Analise-do-Discurso-em-Ciencias-Sociais-Lupicinio-Iniguez-coordenador>> Acesso em: 04 de Março de 2015.
- Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM & Lee SK. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*.181(6-7):377-83. DOI:10.1503/cmaj.081869
- Jones, R.H. (29 de Dezembro de 2015). *Estímulos ao parto normal* [Orelhas de Vidro]. Recuperado de: <http://orelhasdevidro.com/2015/12/>
- Jones, R.H. (30 de Dezembro de 2015a). *Sobre as pressões* [Orelhas de Vidro]. Recuperado de: <http://orelhasdevidro.com/2015/12/>
- Jonge A, Goes V.D., Ravelli A.C.J., Amelink-Verburg M.P., Mol BW & Nijhuis JG, et al. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*. 116(9):1177-84. DOI:10.1111/j1471-0528.2009.02175.x
- Kennare RM, Keirse MJNC, Tucker GR & Chan AC. (2010). Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust*;192(2):76-80.
- Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A & Gabbay M, et al. (2009). Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG*; 116:886-95
- Klaus MH & Klaus PH. (2001). O surpreendente recém-nascido. Porto Alegre (RS): *Artmed*; 22-8.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. H. (2000). Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: *ArtMed*.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). Maternal-Infant Bonding. Saint Louis: *The C.V. Mosby Company*.

- Koettker, J. G. et al. (2012). Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-750.
- Lacava, R.M.V.B.; Goldman, R.E. & Vieira E.S. (2007). Cuidados imediatos ao recém-nascido In: Barros, S.M.O.; Marin, H.F.; Abrão, C.F.V., organizadoras. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. São Paulo: *Roca*. p. 231-41.
- Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Dowswell T. & Styles C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* ;(2):CD003934. PMid:19370591.
- Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J. & Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.*;(10):1-158.
- Leal, I. P. (2005). *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Leal, M. do C. et al. (2009). *Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução*. In: Pereira, R. C.; Silvestre, R. M. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil. p. 383-415.
- Leal, M.C. & Gama, S. G. N. (2014). Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. vol.30 supl.1 Rio de Janeiro.
- Leão, M.R.C. & Bastos M.A.R. (2001). Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev Latino-am Enfermagem*.
- Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (2005). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para 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. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
- Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (2007). Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
- Lei nº 12.314, de 23 de novembro de 2015 (2015). Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de Uberlândia ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Recuperado em 30 de Dezembro de 2015, de http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/13921.pdf
- Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015 (2015). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Uberlândia. Recuperado em 30 de Dezembro de 2015, de

http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/13921.pdf

- Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940 (1940). Artigo 299: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro de 2015, de <http://www.tecnolegis.com/estudo-dirigido/oficial-de-justica-tjm-sp/direito-penal-codigo-penal-artigo-299.html>.
- Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (1996). Que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e das outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro de 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm
- Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (1998). Que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. Recuperado em 22 de Janeiro de 2016, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007). *Gaceta Oficial* 38.647. [Acesso em 2016 Jan 05]. Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
- Lima, J.B.M.C. & Leão, M.R.C. (2005). *Controle da dor no trabalho de parto e parto*. In: Ministério da Saúde, organizador. Anais dos seminários nacionais sobre a assistência obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas. Brasília: Ministério da Saúde. p. 31-3.
- Liu, S.; Liston, R.M.; Joseph, K.S., Heaman M. Sauve, R. & Kramer, M.S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*: 176: 455- 460.
- Lobo, S.F., Oliveira, S.M.J. V., Schneck, C.A., Silva, F.M.B., Bonadio, I.C. & Riesco, M.L.G. (2010). Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 812-818.
- Long J.G., Lucey J.F. & Philip A.G.S. (1980). Noise and hypoxemia in the intensive care unit nursery. *Pediatrics*. Jan; 65(1):143-5. 20.
- Longo CS.M., Andraus L.M.S. & Barbosa M.A. (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. abr./jun.;12(2):386-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>
- Lopes, R.C.S., Donelli, T.S., Lima, C.M., & Piccinini, C.A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254.
- Lopes, M. S. O. C. ; Catarino, H. & Dixe, M. A. (2010) Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 3, nº 1, p. 109-118.

- Luz, A. M. H. & Zanetti, L. (2003). The fairy tale and modern paternity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (3), 292-297.
- Lyra J, Medrado B, Azevedo M. & Valente M. (2010). *A importância do homem na humanização do parto: reflexões e ações pelo direito de ser acompanhante*. In: Kalckman S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza SR, organizadores. *Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/ cor e de gênero*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério*. 16ªed. São Paulo: Saraiva.
- Mandarino, NR, et al. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 25(7):1587-796.
- Martins, A. de C. (2009). Paternidade: repercussões e desafios para a área de saúde. *Revista Pós Ciências Sociais*, São Luís, v.1, n.11. p 59-73.
- Martins, A.; Scheidt, D. & Rocha, L. (2011). *Sentimentos paternos relacionados com a internação do filho em uma UTI Neonatal*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Matos T.A. ; Morgana S.S. ; Santos, E.K.A.; Velho, M.V. ; Camar, E.R. ; Seibert, E.R.C. & Martins, N.M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, nov-dez; nov-dez; 63(6): 998-1004.
- Matthes, A.C.S. (2010). Gravidez prolongada: subsídios da literatura médica para uma defesa. *Feminina*, Agosto, vol 38, nº 8.
- McCallum C & Reis AP. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*; 22:1483-91
- Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA & Leal MC. (2006). Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad. Saúde Pública*; 22(3): 553-559.
- Minayo, M. C. S. (Org.) (2004). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes.
- Minuzzi, A. P. et al. (2008). Cada dia um novo dia: um desafio na busca da adaptação do recém-nascido portador de malformação e sua família. *Enfermeira Global*, Murcia, v. 7, n. 13.
- Moiety FMS & Azzam AZ. (2014). Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* ;40(4):946-953.

- Monteiro, J. C. S.; Gomes, F. A. & Nakano, A. M. S. (2006). Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 427-432.
- Moreira KAP, Araújo MAM, Fernandes AFC, Braga VAB, Marques JF & Queiroz MVO. (2009). O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogitare Enferm.*;14(4):720-8
- Moreira, M.E.L. (2014). Pré-termos tardios: um grupo “quase” esquecido de recém-nascidos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (Julio).
- Motta, C. C. L., & Crepaldi, M. A. (2005). O pai no parto e apoio emocional: A perspectiva da parturiente. *Paidéia*, 15, 105-118.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação Parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV),399-413.
- Nakano, A. M. S., Silva, L. A., Beleza, A. C. S., Stefanello, J., & Gomes, F. A. (2007). O suporte durante o processo de parturição: A visão do acompanhante. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 131-137.
- Nascimento, P.G. & Jr.; Guimarães, T.M.M. (2003). A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. *Bioética* nº 11 de 27-11-2003; Page 101.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2004). *Cesarean section*. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); p.142.
- Neves MA (2002). Parteiras: profissão ou doação? *Rev Promoção Saúde*; 6: 60-2.
- Nogueira MI. (1994). Assistência Pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: *Hucitec* (Humanismo, Ciência e Tecnologia).
- Nogueira PSF, Moura ERF, Costa MMF, Monteiro WMS & Brondi L. (2009). Infecção hospitalar em um hospital universitário. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, jan/mar; 17(1):96-101.
- Odent, Michel. (2000). *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem.
- Ogunlesi.T.A. (2010). Maternal Socio-Demographic Factors Influencing the Initiation and Exclusivity of Breastfeeding in a Nigerian Semi-Urban Setting. *Child Health J*; 14: 459-65.
- Oliveira E.M.F. & Brito R.S. (2009). Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no no puerpério. Esc Anna Nery. *Rev de Enferm.* 13(3) 595-601.
- Oliveira, F.L.C., Kakehashi, T.Y., Tsunemi, M.H., & Pinheiro, E.M. (2011). Nível de ruído em sala de parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(2), 287-293.

- Oliveira, M.I.C. , Dias, M.A.B., Cunha, C.B., & Leal, M.C. (2008). Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 895-902.
- Oliveira, S.M.J.V., Riesco, M.L.G., Miya, C.F.R., & Vidotto, P. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 667-674.
- Oommen, H., Rantanen, A., Kaunonen, M., Tarkka, M., & Salonen, A. (2011). Social support provided to finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery*, 27(5), 754-761. doi: 10.1016/j.midw.2010.06.017
- Oreano JM, Brüggemann OM, Velho MB & Monticelli M (2014). Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. *Cienc Cuid Saude*. Jan/Mar; 13(1):128-136
- Organização das Nações Unidas (2000). *United Nations Millennium Declaration DPI/2163* — Portuguese — 2000 — August. United Nations Information Centre, Lisbon.
- Organização Mundial da Saúde (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (2003). *Amamentação*. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/amamentacao-alimentacao-complementar-e-desnutricao/> >. Acesso em 03/10/2015.
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Iniciativa Hospital Amigo Da Criança*: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: Ministério da Saúde.
- Osava, R. H. (1997). *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico*. São Paulo. 179p. (Tese Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Panos Institute (2001). *Birth Rights - New Approaches to Safe Motherhood*. Londres. Disponível em: http://www.ired.org/modules/infodoc/cache/files/pdf/anglais/doc_e327.pdf. Acesso em 03/10/2015.
- Pasche, D. F.; Vilela, M. E. de A. & Martins, C. P. (2010). Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 4, n. 4.
- Patah, L.E.M. & Malik, A.M. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 185-194.
- Perdomini, F.R. I. & Bonilha, A. L. L. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 445-452.
- Pereira A.P., Dias M.A., Bastos M.H., da Gama S.G. & Leal M.C. (2013). Determining gestational age for public health care users in Brazil: comparison of methods and algorithm creation. *BMC Res Notes*; 6:60.

- Pereira, A.P.E., Leal, M.C., Gama, S.G.N., Domingues, R.M.S.M., Schilithz, A.O.R. & Bastos, M.H. (2014). Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S59-S70.
- Pereira, S. V. M & Bachion, M. M. (2010). Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Gestantes Durante o Pré-Natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov./dez.
- Piccinini, C. A.; Silva, M. R.; Gonçalves, T. R.; Lopes, R. S & Tudge. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, RS.n.3, p.303-14.
- Pires, D. (1989) *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo: Cortez. 156P.
- Pires, D.; Fertoni, H.P. ; Conill, E.M. , Matos, T.A.; Cordova, F.P. & Mazur, C.S. (2010). A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(2), 191-197.
- Portaria n.º 2.815, de 29 de maio de 1998 (1998). Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde, assim como a inclusão da analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro de 2015. <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%202.815.pdf>
- Portaria nº 1.113, de 15 de junho de 1994 (1994). Assegura pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, a Hospitais Amigo da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde. Brasília, DF.
- Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 (2014). Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html
- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (2011). Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 (2015). Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.. Brasília; DF. Recuperado em 07 de Janeiro de 2016. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

- Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998 (1998). Que dispõe sobre o atendimento obstétrico por enfermeiros obstetras no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil nº 103, 2 jun. Brasília, DF. Recuperado em 15 de Novembro de 2015, de <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%202.815.pdf>
- Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002 (2002). Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
- Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 (2014). Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.
- Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 (2000). Dispõe sobre a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal do país, com incentivo à Assistência Pré-natal; Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
- Porter RH. (2004). The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta paediatr.*; 93(12):1560-2.
- Priddis H, Dahlen H & Schmied V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth.*;25(3):100-106.
- Progianti JM & Mouta RJO. (2009). A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev Enferm UERJ.*;17(2):165-9.
- Pugliesi VEM, Deutsch ADA, Freitas M, Dornaus MFPS & Rebello CM. (2009). Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Rev Paul Pediatr.*; 27:410-15.
- Rabelo, L. R. & Oliveira, D. L. de. (2010). Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar.
- Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gisler M & Heinonen S. (2011). A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynaecol Obstet.*;115(1):26-30.
- Ramos, J.G.L; Martins-costa, S.; Vettorazzi-Stuczynski, J. & Brietzke, E. (2003). Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, July .
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social*. São Paulo: Vetor

- Rattner D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface*. 13(1 Suppl): 595-602.
- Rattner D. (2009a). Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface* (Botucatu). 2009;13(1 supl):759-768.
- Reichert APS, Lins RNP & Collet N. (2007). Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Rev. Eletr. Enf.*; 9(1):200-13.
- Resolução CFM nº 1.638 de 2002 (2002). Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015 em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm.
- Resolução CFM nº 1931 de 2009 (2009). Aprova o Código de Ética Médica. Artigos 24 e 31. Seção I, p. 90. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015 em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm
- Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (2010). Conselho Federal de Medicina (versão de bolso) – Brasília: 98 p.; ISBN 978-85-87077-14-1 Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de 2015 em http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf
- Resolução normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 (2013). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2591#correlacoes.
- Resolução normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015 (2015). Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892
- Resolução- RDC no - 36, de 3 de junho de 2008 (2008). Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF. Recuperado em 03 de Outubro, de http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf
- Rezende J, Martinez AR & Ferreira A. (1991). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan.
- Rezende J. (2005). *Obstetrícia*. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Ribeiro, P.R.C., Silva, M.R.S., Souza, N.G.S., Goellner, S., & Felipe, J. (2007). *Corpo, gênero e sexualidade: discutindo práticas educativas*. Rio Grande/RS: Editora da FURG.

- Rocha, S. M. M.; Simpionato, E. & Mello, D. F. (2003). Apego mãe - filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) mar/abr;56(2):125-129
- Rohden F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.
- Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ERC & Martins NM. (2010). Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*; 14:105-12.
- Salgado, H. (2012). *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento*. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Santos, D.S. & Nunes, I.M. (2009). Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 13(3), 582-588.
- Schafer R.M. (2001). *A afinação do mundo: uma explanação pioneira pela história passada e pelo atual estado do mais negligenciado aspecto do nosso ambiente: a paisagem sonora*. São Paulo (SP): UNESP.
- Schmied, V., Cooke, M., Gutwein, R., Steinlein, E., & Homer, C. (2009). An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in metropolitan Australian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1850-1861. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02746.x
- Schmidt, K.T., Sassá, A.H., Veronez, M., Higarashi, I.H., & Marcon, S.S. (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Escola Anna Nery*, 16(1), 73-81.
- Schneck CA & Riesco MLG. (2006). Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *REME: Rev Min Enferm.*; 10(3):240-6.
- Sescato A, Souza S & Wall M. (2008). Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.*;13(4):585-90.
- Silva, L.C.F.P.; Queiroz, M.R.; Reis, J. G.; Santinon, E.P.; Diniz, C.S.G.; Araújo, N.M., & Trintinália, M.M.J. (2011). Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 93.
- Silva, T.F.; Costa, G.A.B. & Pereira, A.L.F. (2011). Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm.* Jan/Mar; 16(1):82-7.
- Silverstein, L. & Auerbach, F. (1999). Deconstructing the Essencial Father. *American Psychologist*, 6 (54), 397-407.

- Simkin P. (2007). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*; 18:203-10
- Simões S.M.F. (2003). Parto e Nascimento: uma compreensão das possibilidades de inserção da enfermeira. *Rev Bras Enferm*; 56(3): 265-70.
- Singata M, Tranmer J. & Gyte G.M. (2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*;20(1):CD003930. PMid:20091553.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2012). *Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP.
- Sodré T.M., Bonadio I.C., Jesus M.C.P. & Merighi M.A.B. (2010). Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-PR. *Texto contexto - enferm*. Set; 19(3): 452-460.
- Sodré, T. M. & Lacerda, R. A. (2007). O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1.
- Souza J.P. & Pileggi-Castro C. (2014). Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica*. ;30(Supl):S11-S
- Souza, A.S.R.; Amorim, M.M.R. & Porto, A.M.F. (2010). Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II: [revisão] . *Femina*;38(9), set. 2010. tab.
- Souza, N.L.; Araújo, A.C.P.F.; Costa, I.C.C.; Carvalho, J.B.L. & Silva, M.L.C. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62(5):729-733.
- Souza, T. G., Gaíva, M. A. M. & Modes, P. S. S. A. (2011). A humanização do nascimento: Percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32, 479-486.
- Spink, M. J. P. (2004). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Spink, M.J. P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais. 72p. ISBN: 978-85-7982-046-5.
- Standley, J.M. (2002). A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. *J Pediat Nurs*. Apr; 17(2):107-13. 4.
- Tahseen S & Griffiths M. (2010). Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG*. Jan; 117(1):5-19.
- Tanaka, A. C. d' A. (1995). Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: *Hucitec*; Rio de Janeiro: ABRASCO. 107 p.

- Tesser C.D., Knobel R, Andrezzo H.F.A. & Diniz S.D. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*;10(35):1-12.
- Tomeleri K.R., Pieri F.M., Violin M.R., Serafim D. & Marcon S. S. (2007). "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. *Rev Gaúcha Enferm.* Dez; 28(4):497-504
- Tornquist, C.S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S419-S427,
- Ugwumadu, A. (2005). Does the Maxim "Once a Caesarean, Always a Caesarean" Still Hold True? *PLoS Med* 2(9): e305. doi:10.1371/journal.pmed.0020305.
- Van Rheen P & Brabin BJ. (2007) A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. *British Medical Journal*;333:954-958.
- Venturi, G. & Godinho, T. (2010). *Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado*. Fundação Perseu Abramo e SESC. Núcleo de Opinião Pública. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> , acesso em 25 de Janeiro de 2016.
- Vercoustre L & Nizard J. (2007). Perinatal risk at term and post-term revisited. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). 2007;36(7):663-70.
- Verheijen EC, Raven JH & Hofmeyr GJ. (2009). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;7(4):CD006067. PMid:19821352.
- Victora, C. G. et al. (2011). Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, London, p. 32-46, maio. (Saúde no Brasil, 2).
- Vieira, E.M. (2008). *A medicalização do corpo feminino*. 1ª reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Wagner, M. (2007). *Cesárea: escolher e perder*. [capturado 2015 agosto, 12]. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac019.html>.
- Wegienka G. & Baird D.D. (2005). A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *J Womens Health* (Larchmt); 14:248-52.
- Wiklund, I., Edman, G. & Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first time mothers. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, 86: 451 – 6 .
- Wolff L.R. & Moura M.A.V. (2004). A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Esc Anna Nery*.Ago; 8(2):279-85
- Wolff, L.R. & Waldow, V.R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138-151.

- World Health Organization (2006). *Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care*, Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2012). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010* WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization, p. 59
- Zampieri, M.F.M. & Erdmann, A. L. (2010). Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, vol.10, n.3, pp. 359-367. ISSN 1519-3829.
- Zorzam, B.A.O.Z. (2013). *Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de saúde pública – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Zveiter M. (2003). *Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde (1986): cuidados essenciais ao recém-nascido - comentário sobre as implicações psíquicas* [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- Zveiter, M.; Progiante, J.M. & Vargens, O.M.C. (2005). O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. *Pulsional rev. Psicanál.*; 18 (182): 86-92, Jun.

APÊNDICE ÚNICO - Roteiro das entrevistas**ANTES DO PARTO****PARA MULHER-MÃE**

Histórico da gravidez e parto

1. Vamos conversar sobre sua gravidez? Como ela está sendo?
2. Você já teve outros filhos? Como foi a gravidez e o parto deles?

Expectativas sobre o parto

3. Como você imagina o momento do parto?
4. Como aprendeu sobre isso?
5. Qual tipo de parto você espera que seja? Por quê?
6. O que o médico te diz sobre o parto?
7. Você conhece os profissionais de saúde que estarão presentes na hora do seu parto? O que acha deles?
8. Há algum aspecto sobre o parto que você gostaria de saber e ainda não sabe? O acompanhante durante o parto
9. Pretende ter acompanhante? Quem? Por quê?
10. O que te influenciou na escolha do acompanhante?
11. Você sabe que existe uma lei? O que acha dela?

PARA HOMEM-PAI

Histórico da gravidez e parto

1. Vamos conversar sobre a gravidez de sua companheira? Como ela está sendo?
2. Você já teve outros filhos? Como foi a gravidez e o parto deles?

Expectativas/participação no parto

3. Você conversou com sua companheira sobre como será no dia do parto? Como acha que será?
4. Você recebeu informações ou foi preparado durante a gestação de sua companheira acerca do que acontecerá na sala de parto?

5. Há algum aspecto sobre o parto que você gostaria de saber e ainda não sabe?
6. Você planeja assistir o parto do seu filho? Por quê?
Se sim...
7. Como você está se organizando para isso?
8. Como você imagina que será estar presente na sala de parto e assistir o nascimento do seu filho?
9. Sabe qual a sua importância nesse momento? Se sim, cite uma e diga como soube.
Se não....
7. Quem será o acompanhante dela na hora do parto? Como foi tomada essa decisão?
Para todos:
10. Conhece acerca da lei do acompanhante? O que acha dela?

APÓS O PARTO

PARA MULHER-MÃE

O momento do parto

1. Como foi o dia do seu parto? Por favor, me conte desde o momento que saiu de casa, a ida ao hospital, até a sala de cirurgia.
2. Como foi o parto? O que achou?
3. Qual tipo de parto foi? Era o que você estava esperando?
4. Quando soube a qual tipo de parto se submeteria? Qual a justificativa médica? Você estava de acordo?
5. Você conhecia todos os profissionais de saúde que estavam presente na hora do seu parto? Alguém se apresentou na hora para você?
6. Estava ciente de tudo (procedimentos, medicamentos..) que faziam com você na hora do parto? Estava de acordo com tudo o que faziam?
7. Lembrando de suas expectativas para a hora do parto, viveu algo que não esperava?
8. O que aconteceu com você na sala de parto, sem que você tenha sido informada antes? Como se sentiu?

O acompanhamento

9. Teve acompanhante na hora do seu parto? Quem? Por quê?
10. O que achou de ter um acompanhante?
11. Qual o tipo de interação que você teve com ele(a)?
12. Foi importante ter tido um (a) acompanhante? Em que ele(a) foi útil?
13. Sentiu sua falta em algum momento?
14. O que foi pra você (não) ter o pai do bebê ao seu lado no momento do nascimento?

O contato com o bebê

15. Após o parto, para onde foi o seu bebê e o que fizeram com ele? Você estava de acordo?
16. Quando aconteceu o seu primeiro contato visual com o bebê? Como foi?
17. Quando aconteceu o seu primeiro contato pele a pele com o bebê? Como foi?
18. Amamentou? Quanto tempo depois do nascimento? Por que?
19. Você conheceu e/ou ouviu falar da importância desse primeiro contato do bebê com os pais, logo após o nascimento? Se sim, cite um e diga como soube.
20. Como você avalia o seu parto?
21. Passado o parto, como está a relação entre você, o bebê, seu companheiro hoje em dia?
22. Há algo que gostaria de falar e eu ainda não te perguntei?

PARA HOMEM-PAI ACOMPANHANTE

O acompanhamento

1. Como foi o dia do parto? Por favor, me conte desde o momento que saiu de casa, a ida ao hospital, até a sala de cirurgia.
2. Você assistiu o parto do seu filho? Por que?
3. O que foi pra você participar desse momento?
4. Como você imaginava que fosse e como realmente foi?
5. Você queria ou ficaria mais tempo no local?
6. Você estava ciente de tudo (procedimentos, medicamentos...) que acontecia com a mulher?
7. Como foi sua interação com sua companheira?
8. O que mais te marcou nesse momento?
9. Que dica daria a outros pais aos acompanharem suas companheiras?
10. Como você avalia o parto de sua companheira?

O contato com o bebê

11. Após o parto, para onde foi o seu bebê e o que fizeram com ele? Você estava de acordo?
12. Quando aconteceu o seu primeiro contato visual com o bebê? Como foi?
13. Quando aconteceu o seu primeiro contato pele a pele com o bebê? Como foi?
14. Amamentou? Quanto tempo depois do nascimento? Por que?
15. Você conheceu e/ou ouviu falar da importância desse primeiro contato do bebê com os pais, logo após o nascimento? Se sim, cite um e diga como soube?
16. Passado o parto, como está a relação entre você, o bebê, e sua companheira hoje em dia?
17. Há algo que gostaria de falar e eu ainda não te perguntei?

PARA HOMEM-PAI NÃO ACOMPANHANTE

1. Como foi o dia do parto? O que você ficou sabendo? Quando ficou sabendo? Quem te contou?
2. Como foi a decisão que você não assistiria ao parto do seu filho? Quem participou da decisão? Quando foi tomada?
3. O que foi pra você não participar desse momento?
4. Quando aconteceu o seu primeiro contato visual com o bebê? Como foi?
5. Quando aconteceu o seu primeiro contato pele a pele com o bebê? Como foi?
6. Você conheceu e/ou ouviu falar da importância desse primeiro contato do bebê com os pais, logo após o nascimento? Se sim, cite um e diga como soube.
7. Passado o parto, como está a relação entre você, o bebê, e sua companheira hoje em dia?
8. Há algo que gostaria de falar e eu ainda não te perguntei?

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“SENTIDOS DA RELAÇÃO MÃE-PAI-BEBÊ NA HORA DO PARTO”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores: Nyessa Souza Arantes Nogueira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Emerson Fernando Raserá.

Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender, inicialmente, quais as expectativas de mães e pais para a hora do parto de seus filhos e, posteriormente, o que eles realmente vivenciaram naquele momento.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Nyessa Souza Arantes Nogueira, durante visita a ser realizada à sua residência.

Na sua participação você será entrevistado (a) antes do parto e após o mesmo, respondendo a perguntas relacionadas ao tema da pesquisa, que serão gravadas em áudio pela pesquisadora, transcritas, e posteriormente, essas gravações serão eliminadas. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos em consequência da pesquisa são mínimos e consistem em: desconforto ou receio em expor aspectos da vida pessoal, dúvida sobre as perguntas da entrevista, interrupção da rotina diária. Os pesquisadores se comprometem com a resolução CNS 466/12, de evitar o risco de identificação dos participantes. Os benefícios não serão imediatos aos entrevistados, porém trarão várias contribuições à sociedade como um todo por meio da produção de novos conhecimentos e da divulgação científica dos resultados que permitam uma melhor avaliação e planejamento da hora do parto pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Nyessa Souza Arantes Nogueira, no seguinte endereço e telefone: Av. Maranhão, s/nº, Bloco 2C, sala 2C54 – Campus Umuarama – Uberlândia – MG. CEP: 38400-902. Telefone: (34) 3218-2701/3218-2816. E-mail: pgpsi@fapsi.ufu.br. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; Fone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, _____ de _____ de 201 ____.

Nyessa Souza Arantes Nogueira
Pesquisadora Principal

Emerson Fernando Raserá
Pesquisador Orientador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Anexo 2 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SENTIDOS DA RELAÇÃO MÃE-PAI-BEBÊ NA HORA DO PARTO

Pesquisador: Nyessa Souza Arantes Nogueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34171614.3.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 862.821

Data da Relatoria: 10/10/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: Projeto de mestrado, estudo qualitativo de cunho Construcionista Social. Essa linha da Psicologia preocupa-se, principalmente com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam seu cotidiano.

Assim serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, com mulheres grávidas e seus companheiros, sobre a participação ou não destes na hora do parto. A primeira entrevista, "ROTEIRO DE ENTREVISTA - ANTES DO PARTO" será no período que envolve a 30ª até a 40ª semana de gestação.

Após o nascimento da criança, do 10º ao 45º dia será feita outra entrevista "ROTEIRO DE ENTREVISTA - APÓS O PARTO" semi-estruturada com a mãe e o pai sobre como foi para cada um aquele momento.

As participantes e seus respectivos companheiros, pais, serão recrutados dentre as famílias atendidas pelo UAPSF Aclimação, bairro da cidade de Uberlândia. A pesquisadora fará uma visita juntamente com um agente comunitário de saúde à residência quando explanará sobre a pesquisa e fará o convite aos mesmos. Caso aceitem, assinarão do TCLE e agendarão dia e hora para a primeira entrevista.

As entrevistas serão gravadas e após serem transcritas serão desgravadas.

O número de participantes será de 20, sendo 10 mulheres grávidas e 10 homens pais todos Projeto

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 862.821

de mestrado, estudo qualitativo de cunho Construcionista Social. Essa linha da Psicologia preocupa-se, principalmente com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam seu cotidiano. Assim serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, com mulheres grávidas e seus companheiros, sobre a participação ou não destes na hora do parto. A primeira entrevista, "ROTEIRO DE ENTREVISTA - ANTES DO PARTO" será no período que envolve a 30ª até a 40ª semana de gestação. Após o nascimento da criança, do 10º ao 45º dia será feita outra entrevista "ROTEIRO DE ENTREVISTA - APÓS O PARTO" semi-estruturada com a mãe e o pai sobre como foi para cada um aquele momento. As participantes e seus respectivos companheiros, pais, serão recrutados dentre as famílias atendidas pelo UAPSF Aclimação, bairro da cidade de Uberlândia. A pesquisadora fará uma visita juntamente com um agente comunitário de saúde à residência quando explanará sobre a pesquisa e fará o convite aos mesmos. Caso aceitem, assinarão do TCLE e agendarão dia e hora para a primeira entrevista. As entrevistas serão gravadas e após serem transcritas serão desgravadas.

O número de participantes será de 20, sendo 10 mulheres grávidas e 10 homens pais, todos maiores de idade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: -Pretende-se compreender os sentidos produzidos por mães e pais acerca dos significados da participação na hora do parto de seus filhos.

Objetivos secundários: -Compreender as diferentes perspectivas de mães e de pais acerca do nascimento de seus filhos;

-Identificar os sentidos e implicações sobre a participação do pai na hora do parto;

-Analisar o atendimento oferecido às gestantes e pais durante o parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores: Os riscos podem ser os mencionados no TCLE: desconforto ou receio em expor aspectos da vida pessoal, dúvidas sobre as perguntas da entrevista e interrupção de suas rotinas.

As perguntas que compõem o instrumento de pesquisa são adequadas e não expõem os participantes a algum tipo de constrangimento.

Os entrevistados não terão benefícios imediatos, porém estarão contribuindo para novos conhecimentos científicos que permitirão uma melhor avaliação e planejamento para a hora do parto pelos profissionais de saúde.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 862.821

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Essa pesquisa é relevante pois está buscando o fortalecimento da humanização dos partos, e consequentemente o fortalecimento das famílias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos que compõem o TCLE estão adequados colocados de forma que o participante da pesquisa entenda claramente sobre a mesma.

Os Instrumentos de coleta de dados (entrevistas) estão bem estruturados.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer 820.031 foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: março de 2016.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 862.821

documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 862.821

UBERLÂNDIA, 07 de Novembro de 2014

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SENTIDOS DA RELAÇÃO MÃE-PAI-BEBÊ NA HORA DO PARTO

Pesquisador: Nyessa Souza Arantes Nogueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34171614.3.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: AUTORIZAÇÃO PARA AMPLIAR BUSCA DE AMOSTRA

Justificativa: Venho através desta solicitar autorização para ampliar o local de busca por

Data do Envio: 14/09/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.289.967

Apresentação da Notificação:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Ao Comitê de Ética

Venho através desta solicitar autorização para ampliar o local de busca por amostras, visto o número insuficiente encontrado na instituição a princípio descrita no projeto (PSF Aclimação, Uberlândia -MG). Tendo em vista o tempo limitado para conclusão da pesquisa peço autorização para busca de amostras dentro da rede de contatos dos pesquisadores (se limitando a cidade de Uberlândia-MG), uma vez que não acarretará em prejuízos para a continuidade da pesquisa.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.289.967

Atenciosamente,

A presente notificação apresenta documento sem data e assinatura, de autoria da pesquisadora Nyessa Souza Arantes Nogueira, com a seguinte informação:

"Venho através desta solicitar autorização para ampliar o local de busca por amostras, visto o número insuficiente encontrado na instituição a princípio descrita no projeto (PSF Aclimação, Uberlândia -MG). Tendo em vista o tempo limitado para conclusão da pesquisa peço autorização para busca de amostras dentro da rede de contatos dos pesquisadores (se limitando a cidade de Uberlândia-MG), uma vez que não acarretará em prejuízos para a continuidade da pesquisa.

Atenciosamente,"

Objetivo da Notificação:

O objetivo desta notificação é ampliar o local de busca por amostras, visto o número insuficiente encontrado na instituição a princípio descrita no projeto (PSF Aclimação, Uberlândia -MG).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente notificação não faz alterações significantes na relação riscos/benefícios já presente no projeto original aprovado por este CEP.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A expressão "rede de contatos" do pesquisador mudou a forma de recrutamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Faltou data e assinatura no documento encaminhado.

Recomendações:

Sempre assinar e datar todos os documentos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apesar das observações destacadas por este Comitê, o mesmo entende que as alterações não ferem a ética na pesquisa com seres humanos.

Desta forma o CEP/UFU está ciente da notificação.

Os pesquisadores DEVEM notificar o CEP/UFU anexando as autorizações de qualquer local onde fizerem qualquer recrutamento de pessoas para participarem desta pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Os pesquisadores DEVEM notificar o CEP/UFU anexando as autorizações de qualquer local onde

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.289.967

fizerem qualquer recrutamento de pessoas para participarem desta pesquisa.

Mantém a necessidade de apresentação (na Plataforma BRasil) do relatório final da pesquisa ao seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	autorizacao.pdf	14/09/2015 12:40:24	Nyessa Souza Arantes Noqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 21 de Outubro de 2015

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br