



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

“O que mais importa para as mulheres”: Uma análise qualitativa das concepções e expectativas das mulheres durante o trabalho de parto e parto.

Rio de Janeiro

2017

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

“O que mais importa para as mulheres”: Uma análise qualitativa das concepções e expectativas das mulheres durante o trabalho de parto e parto.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e práticas em Saúde.

Orientador(a): Dr^a Margareth Crisóstomo Portela

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R696m Rodrigues, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz
“O que mais importa para as mulheres”: uma
análise qualitativa das concepções e expectativas
das mulheres durante o trabalho de parto e parto. /
Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues. --
2017.
103 f. : tab.

Orientador: Margareth Crisóstomo Portela.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Serviços
de Saúde Materno-Infantil. 3. Qualidade da
Assistência à Saúde. 4. Segurança do Paciente. 5.
Políticas Públicas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1982

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

“O que mais importa para as mulheres”: uma análise qualitativa das concepções e expectativas das mulheres durante o trabalho de parto e parto.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Aprovada em: 08 de março de 2017

Banca Examinadora

Dr^a. Lenice Gnocchi da Costa Reis

Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública

Dr. Kenneth Rochel de Camargo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Dr^a. Margareth Crisóstomo Portela (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2017

Dedico este trabalho a minha querida família pelo apoio contínuo e incentivo durante toda minha trajetória acadêmica. Sem o apoio de vocês e de Deus não conseguiria ter chegado até aqui.

Ao meu esposo e amigo, Bernardo de Queiroz, que demonstrou todo o seu companheirismo e amizade nos momentos em que tudo parecia incerto. Com você ao meu lado, os percalços se tornaram mais amenos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela sabedoria, força e sustento em todos os momentos da minha vida.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a. Margareth Crisóstomo Portela pela dedicação, apoio e confiança e pelas ricas trocas de ideias e reflexões ao longo da minha trajetória acadêmica, essencial para conclusão com êxito desta dissertação.

A todos os professores do mestrado que contribuíram de alguma forma durante o curso, disponibilizando de seu tempo para o compartilhamento de conhecimentos, contribuindo positivamente na minha formação acadêmica.

As gestantes que dedicaram do seu tempo e contribuíram com suas experiências para a conclusão deste estudo. Vocês foram essenciais!

A todas as equipes das maternidades pela recepção e auxílio nos momentos em que estive em campo.

Aos meus queridos familiares e, em especial, ao meu esposo, meu companheiro de vida, pelo apoio, incentivo e paciência nos momentos de estresse e desespero. Obrigada pela força e por nunca deixar de acreditar em mim!

Aos amigos que fiz durante o mestrado, pela parceria, companheirismo, amizade e pelos momentos agradáveis de confraternização em que nos apoiamos e partilhamos ideias, fundamentais para a escrita da minha pesquisa. Vocês foram essenciais na minha formação. Em especial, as minhas queridas amigas Adriana, Cláudia, Helena, Mariana e Tatiana por me ouvirem e compreenderem nos momentos de maiores dificuldades.

No dia em que for possível à mulher amar-se em sua força e não em sua fraqueza; não para fugir de si mesma, mas para se encontrar; não para se renunciar, mas para se afirmar, nesse dia então o amor tornar-se-á para ela, como para o homem, fonte de vida e não perigo mortal (BEAUVIOR, 1983, p.167).

RESUMO

A valorização da concepção das mulheres quanto à prestação dos serviços de saúde oferece a oportunidade para que a mesma expresse suas preocupações, permitindo a compreensão de como os serviços vêm se desenvolvendo no âmbito da prática do cuidado. Tratou-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo geral identificar aspectos relevantes para uma experiência positiva da mulher no processo do cuidado obstétrico. Os sujeitos foram primíparas atendidas em maternidades públicas municipais da cidade do Rio de Janeiro. Foram realizadas 27 entrevistas locais com base em um roteiro previamente elaborado. Para análise das transcrições foi utilizado o método análise de conteúdo e como referencial teórico os elementos que conformam a prática do cuidado centrado na pessoa. No processo de codificação dos dados e análise dos mesmos, emergiram as seguintes categorias: a experiência de parto; comunicação e informação; e direitos da mulher. Já como subcategorias foram criadas: emoções e sentimentos gerados; atenção dos profissionais; violência obstétrica; esclarecimentos e orientações; empatia; comunicação entre profissionais; compartilhamento de decisões; direito à acompanhante; direito à privacidade. O estudo mostrou os seguintes resultados: a dor e a espera pela evolução do processo de trabalho de parto estiveram relacionadas a experiências negativas da parturição; a comunicação entre os membros da equipe e/ ou entre profissional e paciente ainda é frágil, demonstrada pela omissão no repasse de informações, informações pouco esclarecedoras e compreensíveis e falta de empatia nas relações, evidenciada pelo desinteresse dos profissionais para com as necessidades apresentadas pela mulher; a importância da participação do acompanhante centrou-se no aumento da confiança, segurança e tranquilidade na hora do parto, promovendo o alívio do nervosismo, estresse e da ansiedade gerados pela dor, contribuindo para manter a calma, o apoio e o controle emocional. Enfim, a pergunta “o que mais importa para as mulheres” propiciou a identificação de elementos que, na concepção das parturientes, contribuem para um trabalho de parto e parto mais humanizado, que gere bons resultados de saúde e experiências obstétricas bem-sucedidas.

Palavras-chave: assistência centrada no paciente; serviço de saúde materno-infantil; qualidade do cuidado; segurança do paciente.

ABSTRACT

The valorization of women's conceptions regarding the provision of health services offers the opportunity for women to express their concerns, allowing an understanding of how services have been developed in the context of the practice of care. It was a qualitative study that had as general objective to identify aspects relevant to a positive experience of women in the process of obstetrical care. The subjects were primiparous attending public maternity hospitals in the city Rio de Janeiro. Twenty seven local interviews were carried out based on a previously elaborated script. For the analysis of the transcriptions was used the content analysis method and as theoretical reference the elements that conform the practice of the care centered in the person. In the process of coding the data and analysing the data, the following categories emerged: the experience of labor; communication and information; and women's rights. Already as subcategories were created: emotions and feelings generated; attention of professionals; obstetric violence; clarifications and orientations; empathy; communication between professionals; decision-making; right to accompany; right to privacy. The study showed the following results: pain and waiting for the evolution of the labor process were related to negative experiences of parturition; the communication between the team members and/ or between professionals and patient is still fragile, demonstrated by the omission in the transfer of information, information that is not very clear and comprehensible, and lack of empathy in relationships, evidence by the professionals' lack of interest in the needs presented by the woman; the importance of the companion's participation focused on increasing confidence, security and tranquility at the time of delivery, promoting the relief of nervousness, stress and anxiety generated by pain, contributing to maintain calm, support and emotional control. Finally, the question "what matters to women" has led to the identification of elements that, in the conception of the parturientes, contribute to a more humanized labor and delivery that generates good health outcomes and successful obstetric experiences.

Keywords: patient-centered care; maternal and child health services; quality of care; patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1: Esquema de análise de dados para definição de categorias..... | 48 |
| Quadro 1 - Definição das categorias e subcategorias dos dados coletados | 48 |
| Quadro 2- Perfil das mulheres entrevistadas | 53 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Número de partos realizados em hospitais do SUS por tipo e natureza do estabelecimento de saúde, no município do Rio de Janeiro | 41 |
|---|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ACSC- | Associação Congregação de Santa Catarina |
| AIH- | Autorização de Internação Hospitalar |
| ANS- | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA- | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| AP- | Área Programática |
| CONITEC- | Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS |
| DAB- | Departamento de Atenção Básica |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| ESF- | Estratégia de Saúde da Família |
| IHI | Institute Healthcare Improvement |
| IOM- | Institute of Medicine |
| NHS- | Nacional Health System |
| NICE- | Nacional Institute for Health and Care Excelent |
| ODM- | Objetivo de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS- | Organização Mundial de Saúde |
| ONU- | Organização das Nações Unidas |
| OPAS- | Organização Panamericana de Saúde |
| PAISM- | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| RDC- | Resolução da Diretoria Colegiada |
| RN- | Resolução Normativa |
| SCNES- | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| SIH/SUS- | Sistema de Informações Hospitalares do SUS |
| SINASC- | Sistema Nacional de Nascidos Vivos |
| SMS/RJ- | Secretaria Municipal do Rio de Janeiro |
| SUS- | Sistema Único de Saúde |
| UI- | Unidade Intensiva |
| UTI- | Unidade de Tratamento Instensivo |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO E A QUALIDADE DO CUIDADO OBSTÉTRICO | 18 |
| 2.1 | PERSPECTIVA DA PESQUISADORA | 18 |
| 2.2 | A IMPORTÂNCIA DE DISCUTIR A QUALIDADE DO CUIDADO OBSTÉTRICO..... | 19 |
| 2.3 | A IMPORTÂNCIA DE OUVIR AS MULHERES | 22 |
| 2.4 | ESTUDO REALIZADO NO BRASIL | 23 |
| 2.5 | EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS NO CONTEXTO INTERNACIONAL | 24 |
| 3 | OBJETIVOS | 28 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL | 29 |
| 4.1 | O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE/PESSOA: DO QUE ESTAMOS FALANDO? | 29 |
| 4.2 | ASPECTOS QUE PODEM FACILITAR E/OU DIFICULTAR A IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE | 34 |
| 4.3 | “ DIREITOS DA MULHER” COMO ESTRUTURANTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA MELHORIA DO CUIDADO OBSTÉTRICO NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS | 36 |
| 5. | PANORAMA CONTEXTUAL | 39 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO | 39 |
| 6 | MÉTODOS | 44 |
| 6.1 | DESENHO DO ESTUDO | 44 |
| 6.2 | COLETA DE DADOS | 44 |
| 6.3 | BASE TEÓRICA PARA ANÁLISE DOS DADOS | 46 |
| 6.4 | ANÁLISE DOS DADOS | 47 |
| 6.5 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 49 |
| 7 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 51 |
| 7.1 | CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO | 51 |
| 7.2 | A EXPERIÊNCIA DE PARTO | 55 |
| 7.2.1 | Sensações e sentimentos gerados | 55 |
| 7.2.2 | Atenção dos profissionais | 62 |
| 7.2.3 | Violência Obstétrica | 65 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 7.3 | COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO | 67 |
| 7.3.1 | Esclarecimentos e orientações | 69 |
| 7.3.2 | Comunicação entre profissionais | 72 |
| 7.3.3 | Empatia | 74 |
| 7.3.4 | Compartilhamento de decisões | 76 |
| 7.4 | DIREITOS DAS MULHERES | 80 |
| 7.4.1 | Direito à acompanhante | 81 |
| 7.4.2 | Direito à privacidade | 85 |
| 8 | DIFICULDADES QUE LIMITARAM A EXECUÇÃO DO ESTUDO | 87 |
| 9 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 88 |
| | REFERÊNCIAS | 91 |
| | APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA | 100 |
| | APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 102 |

1 INTRODUÇÃO

Em um contexto de avanço acelerado das tecnologias e da ciência médica, a qualidade na prestação dos serviços de saúde tem sido um tema amplamente discutido, sendo vista como um dos principais objetivos quando se pensa a reforma de um sistema de saúde. É reconhecido o grande desafio de manter um sistema de qualidade, que seja sustentável, capaz de atender as necessidades de saúde de uma população, e que produza os melhores resultados de saúde possíveis, visto as diversas desigualdades loco-regionais e socioeconômicas existentes. Em conjunto, a transição das condições de saúde, concomitante à transição demográfica e epidemiológica, que vêm ocorrendo na sociedade brasileira, requer uma postura crítica e reflexiva acerca da maneira como as ações e serviços de saúde estão organizados, de modo que consiga oferecer respostas sociais efetivas à situação da população.

Fatores internos e contextuais - falta de recursos, a cultura institucional, liderança, lacunas no conhecimento, aplicação inapropriada das tecnologias disponíveis, inabilidades na organização e na coordenação dos serviços de saúde, afeta indicadores de acesso e utilização dos serviços, sendo alguns dos fatores que podem contribuir para a baixa qualidade dos serviços de saúde (PEABODY, et al., 2006).

O *Institute of Medicine* (IOM) em seu relatório *Crossing the Quality Chasm* (IOM, 2001) define por qualidade o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam à probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. Segundo o IOM, um sistema de saúde para ser de qualidade deve levar em conta seis objetivos: segurança, efetividade, centralidade no paciente, eficiência, oportunidade/prontidão e equidade. Um sistema de saúde que leva em conta estes seis objetivos consegue atender mais adequadamente às necessidades do paciente, oferecendo-lhe um cuidado mais seguro, confiável, responsável, integrado e acessível. Na perspectiva dos profissionais de saúde, os mesmos também se beneficiam, ficando mais satisfeitos com seu trabalho e assim contribuindo para a melhoria da saúde da população, aumento da longevidade, diminuição da dor e do sofrimento e aumento da produtividade profissional.

Há algumas décadas, vem se discutindo o modelo de atenção ao parto e a utilização apropriada de tecnologias de assistência, tanto no contexto nacional, como no internacional. Sobre o atual modelo de atenção obstétrico brasileiro, este ainda está centrado no serviço e no profissional, não na mulher e no processo de parto (RIESCO, 2015). As práticas são

predominantemente intervencionistas, interferindo diretamente sobre os resultados da prestação do cuidado à saúde da mulher. Os desfechos suscitados neste tipo de modelo são a variabilidade nos padrões de prática clínica, precipitação nas tomadas de decisões, comprometimento da segurança e uma atenção à gestante fragmentada, calcada mais nos aspectos clínicos e menos em aspectos inerentes à intersubjetividade (D'ORSI, et al., 2014).

Medidas de melhoria da atenção ao parto e nascimento vêm sendo pensadas a fim de melhorar a atenção e os cuidados oferecidos às mulheres e aos seus bebês, garantindo que o parto e o nascimento sejam dignos, seguros e saudáveis. Há evidências disponíveis sobre algumas práticas de atenção ao parto (deambulação, analgesia, partograma, massagem de conforto e outras) que minimizam os danos e riscos potenciais à mãe e ao recém-nascido. Essas práticas são denominadas “boas práticas de atenção ao parto” e caracterizam-se por serem não invasivas e de baixo custo, contribuindo para melhoria da qualidade do trabalho de parto e parto. As boas práticas apesar de já terem demonstrado seus benefícios, interferindo positivamente na qualidade da atenção, ainda são pouco implementadas no âmbito do cuidado obstétrico brasileiro (LEAL, et al, 2015).

Estudos desenvolvidos mostram que a maior parte das decisões pela realização do tipo de parto são tomadas pelos profissionais, com pouca participação da mulher. Estas decisões são influenciadas por aspectos referentes à organização dos serviços, habilidades técnicas e interesses econômicos. Mas não se pode negar o movimento que há no mundo há alguns anos, com maior ênfase nos países desenvolvidos, em prol da defesa dos direitos da mulher, inclusive com relação à escolha do tipo de parto ao qual ela deseja ser submetida (GUNASEKERA, WIJESINGHE, GOONEWARDENE, 2014). Essa valorização da mulher nas decisões sobre sua saúde pode, inclusive, ser um fator que esteja contribuindo para o aumento no número de cesáreas desnecessárias (WEIDLE, et al, 2014).

Conhecer as expectativas e desejos da mulher é fundamental quando se quer prestar um cuidado de qualidade, favorecer experiências de parto positivas e evitar frustrações que, eventualmente, poderão interferir nos sentimentos e relacionamentos futuros entre a mulher, o bebê, sua família e futuras gestações. Isso oferece a oportunidade das mulheres expressarem suas preocupações e necessidades, permitindo a elucidação de questões importantes sobre os tipos de parto: como se dá os mesmos, quais os possíveis riscos e benefícios relacionados aos procedimentos, tornando-as, verdadeiramente, protagonistas do seu cuidado.

Considerar a singularidade e subjetividade de cada mulher, valorizar suas expectativas quanto à prestação dos serviços de saúde desenvolvidos é uma das maneiras de planejar, promover e avaliar a qualidade do cuidado. Emelumadu e outros (2015) afirmam que a percepção do paciente sobre a qualidade do atendimento é um dos principais determinantes da utilização dos serviços de saúde. Apreendê-la permite a compreensão de como os serviços vêm se desenvolvendo no âmbito da prática do cuidado, oferecendo a oportunidade para identificação de lacunas, deficiências, obstáculos e fatores motivadores que permitirão discussões e construção de um sistema de saúde de qualidade.

Portanto, a valorização das escolhas, preferências, expectativas e percepções da mulher são, junto a outros aspectos mais objetivos, relevantes dentro de um contexto em que se almeja promover os melhores resultados de saúde (CARTER, et al., 2015). Apoia-se na ideia do “cuidado centrado na pessoa”, que não é nova, ainda que tenha evoluído no decorrer do tempo e, ainda hoje, não corresponda a um conceito precisamente definido. Destaca-se como um marco a inclusão do “cuidado centrado no paciente” como um dos objetivos de um plano de melhoria da qualidade do cuidado de saúde nos Estados Unidos, conforme estabelecido no relatório “*Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*”, do IOM (IOM, 2001).

O cuidado centrado no paciente é definido como sendo “a provisão de cuidado de forma respeitosa, respondendo às necessidades, preferências e valores da pessoa assistida, com a garantia de que tais valores norteiem todas as decisões clínicas (IOM, 2001)”. Berwick (2009) relaciona o cuidado centrado no paciente à experiência individual, à transparência, à individualização, ao reconhecimento, ao respeito, à dignidade e à escolha, sem exceções, de todos os assuntos referentes à sua saúde. Valoriza a individualidade, reconhecendo cada ser como único, que traz consigo concepções de vida e de cuidado variadas.

Donabedian (1988) destaca que na atuação dos profissionais de saúde há um elemento técnico e outro de cunho interpessoal. O primeiro está relacionado ao conjunto de conhecimentos técnico-científicos e práticas de saúde que um profissional detém para obtenção dos melhores resultados. Já o segundo está no âmbito das relações entre profissional e paciente, ou seja, o paciente expressa informações necessárias para que seja traçado um adequado diagnóstico e plano terapêutico que corresponda às suas preferências. Portanto, para a implementação de um cuidado de qualidade é necessário tanto a técnica quanto as relações interpessoais sejam consideradas, visto a complementariedade de ambas.

Não se nega a importância dos aspectos relacionados à estrutura e aos processos do cuidado de saúde para a sua qualidade, porém fica destacada a importância dos aspectos mais subjetivos,

situados no âmbito das relações interpessoais. Saber o que as mulheres têm a dizer sobre suas expectativas e percepções relativas ao trabalho de parto e parto, contribui para a prestação de uma atenção de qualidade, segura, efetiva, esclarecedora, respeitosa às escolhas individuais, que reconhece a dimensão subjetiva como um dos tripés de um cuidado baseado em evidências, bem como enfatiza o protagonismo da mulher na configuração do sistema de saúde, no que diz respeito à organização do cuidado e ao desenho do processo.

Há mundialmente um movimento em prol da valorização do que mais importa para o paciente, mais intenso nos países desenvolvidos. Iniciou-se na Noruega, em 2014, a fim de aprimorar as relações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares. Seu objetivo é melhorar a qualidade do cuidado e, por conseguinte, os resultados da assistência, permitindo aos membros da equipe de saúde compreender as pessoas no contexto de sua própria vida, considerando no planejamento do cuidado, as coisas que são mais importantes na concepção dos pacientes. De acordo com o *Institute Health Improvement (IHI)*, o conceito traduzido “O que mais importa para você?” é essencial para o estabelecimento de parcerias na prestação do cuidado e engajamento mais profundo na relação entre profissionais, pacientes e membros da família.

Para a implementação da prática do cuidado centrado no paciente é fundamental compreender o que mais importa para cada indivíduo, a fim de que se estabeleça um cuidado personalizado, individualizado, baseado nas suas reais necessidades. É crucial a utilização dos elementos que conformam a prática do cuidado centrado na pessoa, como as técnicas de comunicação/informação, compartilhamento de decisões e o estabelecimento de parcerias, para o aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e pacientes.

Para este estudo optaremos por utilizar o termo “cuidado centrado no paciente”, admitindo a diversidade de termos que há e a empregabilidade de cada uma das expressões existentes em contextos específicos do cuidado. Já para fins de aproveitamento e embasamento teórico, utilizaremos estudos que utilizam as outras expressões empregadas, reconhecendo que as mesmas são intercambiáveis quanto aos seus princípios, variando conforme contextos específicos.

O foco principal desta pesquisa é explorar o que realmente é mais importante, na opinião de mulheres, para que elas vivenciem boas experiências no trabalho de parto e no parto.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior denominada “Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção multifacetada para a melhoria do cuidado obstétrico em maternidades do Rio de Janeiro”, já em curso, desenvolvida por um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz em três maternidades municipais do Rio de Janeiro. O objetivo geral do referido estudo é desenvolver e

avaliar uma intervenção multifacetada voltada para a melhoria da qualidade do cuidado obstétrico em maternidades do Rio de Janeiro, associando a ela uma teoria explicativa do seu funcionamento. O número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) do projeto é 37431114100005240.

2 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO E A QUALIDADE DO CUIDADO OBSTÉTRICO

2.1 Perspectiva da pesquisadora

Antes de tudo, o meu interesse em estudar a qualidade do cuidado de saúde surgiu ainda na minha formação acadêmica, mais especificamente, quando adentrei ao campo de estágio prático, onde permaneci por dois anos como acadêmica bolsista em dois hospitais gerais: um pertencente à rede municipal e outro à rede estadual do Rio de Janeiro. Pude observar uma lacuna importante entre a teoria apreendida em classe e a realidade vivenciada pela saúde pública, no que se refere à prestação do cuidado. A opção por este tema faz parte de sentimentos angustiantes e conflitantes que emergiram durante minha formação acadêmica, perdurando até os dias atuais na minha trajetória como profissional atuante no âmbito da saúde pública.

Desde a especialização em Saúde Pública, realizada na Escola Nacional de Saúde Pública, venho me dedicando ao estudo do “cuidado centrado no paciente” e os elementos teóricos que conformam sua prática, numa expectativa de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Foi realizado um painel de especialistas sobre a temática, possibilitando a apreensão de diferentes olhares, teóricos e práticos, capazes de capturar aspectos relevantes sobre perspectivas diversas acerca do conceito de cuidado centrado no paciente/pessoa e sua aplicação. Neste estudo, desenvolvido para fins de obtenção de título de especialista, o cuidado centrado no paciente foi destacado como um componente essencial quando se deseja promover melhorias no cuidado de saúde. Reconheceram sua contribuição para prestação de um cuidado seguro ao envolver o paciente, seus familiares e amigos nos processos decisórios relacionados ao cuidado.

Durante o mestrado optei por dar continuidade ao estudo desta temática, visto sua relevância e contribuição para o contexto dos serviços de saúde no Brasil. O desenvolvimento deste estudo me permitiu trabalhar de modo mais prático e dinâmico e problematizar alguns dos elementos teóricos do cuidado centrado no paciente, sob observações de mulheres que vivenciaram o atendimento no processo de trabalho de parto e parto.

2.2 A importância de discutir a qualidade do cuidado obstétrico

A assistência obstétrica neonatal tem ocupado um papel de destaque nas pautas de agendas governamentais nacionais e internacionais, em razão do incremento no número de intervenções obstétricas, concomitantemente à persistência nas elevadas taxas de morbimortalidade materno-infantil.

Há evidências que demonstram o uso excessivo de práticas intervencionistas no Brasil, em algumas situações, utilizadas sem critérios. Do ponto de vista financeiro, essas práticas sobrecarregam ainda mais os orçamentos dos sistemas de saúde, pelo aumento significativo nos custos decorrentes das intervenções realizadas (OMS, 2015). Por outro lado, a tendência pela utilização indiscriminada das práticas intervencionistas desconsidera no processo de nascimento as decisões da mulher quanto à sua preferência pelo tipo de parto, seu contexto de vida social e cultural, a dinâmica corporal e as evidências disponíveis acerca da real necessidade de intervenções obstétricas.

O modelo obstétrico contemporâneo no Brasil caracteriza-se por ser predominantemente intervencionista, expondo mulheres e crianças a danos decorrentes do uso excessivo de intervenções – episiotomia, ocitocina, cesariana e outras (ANVISA, 2014). Evidências científicas sugerem que este modelo obstétrico varia de acordo com o tipo de financiador da prestação de serviços, com destaque para o setor privado e sua forte associação com a prática das cesáreas (PARIS, et al, 2014).

Segundo Leal e outros (2015), o Brasil é conhecido mundialmente como o país que possui a prevalência mais alta de cesarianas do mundo, com uma proporção nacional de cesarianas que chega a 52% no geral e, 88% nos hospitais privados. Pesquisadores de Harvard e Stanford, nos Estados Unidos, em pesquisa recente, demonstraram que para redução da mortalidade tanto de mães quanto de bebês, é necessário manter uma taxa de cesarianas de aproximadamente 19% a cada cem nascidos vivos (MOLINA, et al.,2015). A taxa de mortalidade materna ainda elevada e a prematuridade são indícios da utilização sem critérios de tecnologias obstétricas no Brasil (FIOCRUZ, 2014).

A sistematização normativa (portarias, resoluções) e técnica (protocolos, manuais) que caracteriza o modelo obstétrico brasileiro têm avançado vagarosamente para reduzir mortes maternas e infantis, porém ainda está longe de alcançar níveis aceitáveis (CAVALCANTI, et al., 2013). Atualmente, há no Brasil um movimento realizado por alguns setores da sociedade

em prol da mudança de um modelo de parto mais humanizado com menos intervenção do profissional (tal intervenção deve estar embasada cientificamente) e maior participação da mulher nos processos decisórios relacionados à sua saúde.

No Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha como uma estratégia no âmbito da Saúde Pública com objetivo de organizar o serviço de atenção materno-infantil, ampliando o acesso e cobertura e garantindo a melhoria da qualidade da atenção à mulher em todas as fases do ciclo gravídico, bem como à criança até os 24 meses de vida; já no âmbito privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou o Projeto Parto Adequado em parceria com outras instituições de saúde nacionais e internacionais, no intuito de humanizar a assistência e incentivar a realização do parto fisiológico, promovendo uma decisão mais consciente das mulheres quanto a via de nascimento do seu bebê; a ANS e o Ministério da Saúde criaram normas para tentar reduzir o número de cesarianas como por exemplo, a ampliação do acesso à informação às mulheres beneficiárias dos planos de saúde sobre as taxas de cesáreas e partos normais realizados por médico e por estabelecimento, a utilização obrigatória do partograma, e a exigência de distribuição do cartão da gestante (ANS, 2014).

Apesar de toda iniciativa, ainda não foi suficiente para reverter o modelo de saúde obstétrico presente no Brasil (CARTER, 2015), evidenciado pelo predominante e elevado índice de mortalidade materna no país. A qualidade da atenção ainda se encontra no cerne do problema da mortalidade materna no Brasil (ANVISA, 2015), constituindo um desafio para o país preencher as lacunas que contribuem para baixa qualidade do cuidado.

Melhorar a qualidade da atenção materno-infantil tem sido uma preocupação dos formuladores de políticas, gestores e profissionais de saúde nas últimas décadas, com metas e objetivos pactuados em planos governamentais que visam reduzir a morbimortalidade desta população. Melhorar a saúde materna constituiu o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”, que tinha como meta reduzir a taxa de mortalidade materna até o final de 2015, chegando a 35 mortes por 100 mil nascidos vivos. Apesar da diminuição nos óbitos, as taxas de mortalidade neste grupo da população continuam elevadas e meta não foi alcançada pelo Brasil e outros países. Tal resultado expressa um paradoxo, na medida em que não parece fazer jus à expansão das equipes de atenção básica no Brasil, contribuindo para o aumento na cobertura da atenção ao pré-natal, e às taxas de partos hospitalares (98%). Os entraves que parecem contribuir para que os óbitos maternos continuem a ocorrer, podem estar na qualidade

da atenção em momentos do ciclo gravídico-puerperal, visto o notável descompasso da frequência de óbitos com o investimento e desenvolvimento da atenção primária no Brasil, particularmente nos programas de atenção à saúde da mulher e da criança,

O indicativo de problemas de qualidade na atenção materna e perinatal no país pode ser demonstrada pela persistência elevada na razão de mortalidade materna e perinatal, com 68,2 mortes de mulheres a cada 100 mil nascidos vivos (ANVISA, 2015). Estima-se que $\frac{3}{4}$ das mortes maternas que ocorrem no Brasil são por causas obstétricas diretas (diretamente relacionadas a complicações na gestação), podendo ser evitadas, quando há a adequada e oportuna utilização de recursos tecnológicos (ANVISA, 2015). O indicador “razão de mortalidade materna” estima o risco de mortes de mulheres durante o ciclo gravídico e até 42 dias após o término de seu parto, refletindo a qualidade da atenção à saúde da mulher e contribuindo para avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico (RIPSA, 2008).

Quando somado a outras condições de vida da mulher, o cuidado e a atenção que a mulher recebe durante o trabalho de parto e parto podem ter reflexos adversos no relacionamento futuro entre mãe-filho. A situação de vulnerabilidade no trabalho de parto pode predispor a mulher a certos constrangimentos que violam direitos assegurados constitucionalmente a todo cidadão como o respeito, a autonomia e a perda da capacidade de decidir o que é mais importante na sua concepção.

A violação dos direitos da parturiente pode contribuir para acarretar danos emocionais à mulher, que por sua vez, poderá repercutir, em certo grau, no vínculo mãe-bebê, e até mesmo na fragilização da estrutura familiar. Além do mais, o desrespeito aos direitos da mulher durante o trabalho de parto e parto caracteriza um evento, ainda predominante, denominado violência obstétrica. A violência obstétrica é definida por toda conduta, ação ou omissão por parte de um profissional de saúde que, direta ou indiretamente, no âmbito público ou privado, afeta o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, sendo expressa por um tratamento que desconsidera seus direitos de cidadania, pelo abuso de medicalização e patologização dos processos naturais (BRASIL, 2012).

2.3 A importância de ouvir as mulheres

É fato que as mulheres respondem à oferta de serviços de saúde, de acordo com o que pensam sobre suas necessidades de saúde. Apresentam-se como sujeitos integrais, detentoras de desejos e interesses particulares, capazes de desencadear reflexões críticas acerca dos objetivos e da forma como a prestação dos serviços deve se dar (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

A proposta de um paradigma mais centrado na mulher substituiu gradativamente o paradigma, ainda predominante, focado nas decisões clínicas, fundamentado no saber médico e no uso indiscriminado das tecnologias (NAGAHAMA, 2009). Este paradigma é caracterizado por defender a sua valorização e seu protagonismo frente à atenção a sua saúde. Oferece a oportunidade para que expressem suas preferências, expectativas, atitudes, sentimentos e conhecimentos, propiciando aos gestores e profissionais repensarem suas práticas de atenção nos diversos âmbitos e fases do cuidado, incluindo a gestação, parto e puerpério.

O ato de escutar o outro na relação profissional - paciente contribui para aumentar a segurança, tornar o cuidado mais efetivo, centrado nas respostas às reais necessidades e problemas de saúde apresentados pela mulher, possibilitando o reconhecimento de falhas durante a prestação do cuidado. Para tanto, uma comunicação aberta e simétrica entre profissionais, pacientes e acompanhantes está dentre as estratégias para o envolvimento da paciente no cuidado, sendo, um meio eficaz para o gerenciamento da segurança, aumentando sua autonomia e precisão dos diagnósticos médicos (SILVA, et al., 2016).

Segundo Raven e outros (2015), dar voz às mulheres para que expressem suas expectativas e experiências de cuidado é fundamental quando se almeja estruturar a prestação de um cuidado de saúde de alta qualidade. Permite a desmistificação de questões relativas ao momento do parto como, por exemplo, a opção por parto cesáreo pelo medo da dor. Além disso, o ato de escutar consiste em uma forma democrática de garantir legalmente o direito ao exercício de cidadania da mulher, efetivando sua participação e controle na saúde. Propicia sua inserção junto a outros atores no alinhamento de discussões inerentes ao processo de cuidado, permitindo a identificação de pontos de fragilidade tanto na prática quanto na gestão, contribuindo para reformulações nas políticas de saúde pública.

No Brasil, apesar de já haver em curso um movimento em prol da valorização das mulheres, incluindo nesse bojo as gestantes, ainda há muito o que ser feito e modificado no

âmbito organizacional e prático dos serviços de saúde. Já internacionalmente, pesquisadores e formuladores de políticas têm incentivado uma reforma dos cuidados prestados no âmbito das maternidades, de modo a proporcionar à mulher uma atenção de alta qualidade, alinhada com os valores e necessidades da comunidade.

2.4 Estudo realizado no Brasil

Na América Latina, o Brasil, por meio da Associação Congregação Santa Catarina (ACSC), foi o único país a agregar experiência do movimento “o que mais importa para você?”. Em parceria com a organização internacional IHI, a ACSC desenvolveu um trabalho, inspirado na campanha nacional “*What matters to you?*”, em todas as Casas de Saúde, no Lar Madre Regina e Residencial Santa Catarina com o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais e pacientes, melhorando os cuidados de saúde e a assistência social, considerando o que mais importa para o paciente.

A ACSC lançou em parceria com o IHI o *Salus Vitae*, programa de segurança do paciente em larga escala no Brasil, a fim de reduzir as taxas de infecções em Unidades de Terapia Intensiva, buscando além da redução de danos aos pacientes, o alívio do seu sofrimento (IHI, 2017). A preocupação do programa está para além das práticas de saúde que visam evitar danos físicos, mas também atua na preservação da saúde emocional do paciente, valorizando elementos que conformam um cuidado mais centrado no paciente.

Sendo assim, a ACSC aceitou o convite da organização internacional *Health Improvement Scotland* para participar do Dia “O que importa para você”, mobilizando os profissionais de saúde a interagirem mais com os pacientes e seus familiares, aprimorando as relações, reconhecendo suas reais necessidades, na busca de um cuidado mais centrado na pessoa.

O trabalho demonstrou que a maioria dos relatos valorizaram aspectos situados no âmbito das emoções e sentimentos, ou seja, aspectos simples da vida, do cotidiano, foram destacados como mais importantes para os pacientes. Dentro de limites e apesar do receio, as equipes de saúde reconheceram os desejos expressados, não medindo esforços para atender, o que para o paciente era uma real necessidade.

O desfecho do trabalho demonstrou o impacto positivo que as ações dos profissionais tiveram no bem-estar do paciente, com melhorias na repercussão da saúde física e psicológica,

além de contribuírem para o estabelecimento de relações de confiança. Já para os profissionais o sentimento foi de satisfação e orgulho da profissão.

Diante dos resultados positivos apresentados com o trabalho, a campanha “O que mais importa para você?” foi levada adiante, sendo incluída em duas unidades de terapia intensiva do estado de Santa Catarina, como novo “sinal vital” dentre as metas diárias instaladas nos leitos dos pacientes.

Apesar do estudo não estar direcionado diretamente para o cuidado materno-infantil, a pergunta “o que mais importa para você” pode ser utilizada em todos os âmbitos do cuidado e em todas as populações, com garantia de melhores resultados de saúde e melhorias na qualidade do cuidado. Além disso, a pergunta aparece indissociável da prática do cuidado centrado na pessoa, sendo para tanto fundamental conhecer os anseios e preferências expressados pelos pacientes.

2.5 Evidências disponíveis no contexto Internacional

Um estudo desenvolvido na Austrália por Mckinnon, Prosser, Miller (2014), demonstrou que a valorização da mulher e de suas experiências de cuidado tem sido colocada como um fator importante quando se deseja proporcionar um cuidado centrado no paciente, alinhado com as necessidades de uma determinada comunidade. Uma pesquisa realizada no estado de Queensland, Austrália, buscou explorar as preocupações de mulheres com relação aos cuidados perinatais (da gestação ao pós-parto), identificando, a partir das suas percepções e experiências, as prioridades de cuidado, e considerando o alinhamento destas prioridades com os objetivos de reforma estabelecidos no plano estadual de melhoria.

As preocupações expressadas pelas mulheres foram agrupadas em quatro grandes temas: qualidade do cuidado, acesso às escolhas e seu envolvimento nas decisões, necessidades de informação não atendidas, e preocupações acerca do ambiente de cuidado. Para cada um destes temas, questões relevantes foram destacadas: 1) qualidade do cuidado: preocupações em relação às relações interpessoais, inobservância dos profissionais de informações prestadas pelas mulheres, insuficiência no número de profissionais e na experiência técnica dos profissionais; 2) acesso às escolhas e seu envolvimento nas decisões: baixo envolvimento das mulheres nas decisões com relação ao tipo e local de parto, dificuldade em ter suas preferências e opções de cuidado atendidas pela equipe; 3) necessidades de informações não atendidas: inconsistência e insuficiência nas informações providas pelos médicos, informação inadequada

com relação à amamentação; 4) ambiente de cuidado: instalação física insuficiente para manter a presença do parceiro ou acompanhante junto à mulher no pré-natal, parto e pós-parto, insatisfação com a alimentação fornecida e com a limpeza hospitalar e falta de um local reservado para suporte adicional em caso de necessidade.

Já no Canadá, uma pesquisa desenvolvida por Ritcher, Parkes e Chaw-kant (2007), em um hospital terciário da Província de Alberta, procurou explorar as necessidades de gestantes de alto risco hospitalizadas no pré-parto, possibilitando aos profissionais de saúde pensar recomendações de cuidado para alívio do estresse físico e emocional, a partir das perspectivas das mulheres. Treze gestantes de alto risco, com média de 23 semanas de gestação, participaram do estudo. Dez destas mulheres foram entrevistadas individualmente e três participaram de um grupo focal. Os dados foram agrupados em duas categorias: “estressores associados à restrição da mulher no leito” e “necessidades associadas com a restrição da mulher no leito”.

Com relação aos “estressores associados à restrição da mulher no leito”, foram expressadas a perda de controle da mulher sobre a gravidez, sobre o desempenho de suas tarefas diárias e sobre o mundo ao redor. O sentimento de ser um fardo, o desgaste financeiro, os rearranjos da vida familiar que se fizeram necessários em prol de sua condição levaram mulheres a acentuarem suas preocupações. Sobre as “necessidades associadas com a restrição da mulher no leito” foi ressaltada a necessidade de maior privacidade, de informações sobre seu estado de saúde e de um atendimento individualizado.

Recomendações para um melhor atendimento foram formuladas a partir dos relatos: acomodação para o acompanhante no alojamento conjunto; acesso às instalações de recreação; dispositivos que assegurem a privacidade; explicação contínua por parte dos profissionais às mulheres e acompanhantes sobre ações preventivas, condutas terapêuticas e procedimentos que estão sendo feitos; compartilhamento de informações entre os membros da equipe, paciente e familiares; um membro da equipe para prestar orientações cotidianas às mulheres foi ressaltado também como uma estratégia a ser utilizada para melhoria do atendimento.

Nos Estados Unidos, a *Childbirth Connection* é uma organização pioneira no que se refere às estratégias para promover cuidados maternos seguros, eficazes, satisfatórios e baseados em evidências. Sua missão é melhorar a qualidade, valor e resultado destes cuidados promovendo o engajamento da mulher (CHILDBIRTH CONNECTION, 2007).

A *Childbirth Connection* Desenvolve estudos baseados em inquéritos, cujo foco de discussão se concentra nas opiniões das próprias mulheres que recebem os cuidados perinatais, valorizando o que estas têm a dizer acerca de sua experiência e percepção de cuidado. Estes inquéritos retratam desde o momento em que a mulher planejou sua gravidez até o momento pós-parto, lançando luz sobre suas atitudes, preferências, crenças, conhecimentos, levando em conta também as práticas de cuidado materno, vida familiar e profissional. Os resultados destes inquéritos revelam o tamanho das lacunas existentes entre as experiências que são vivenciadas pelas mulheres e as experiências que elas esperam vivenciar à luz de suas preferências, práticas de cuidado e direitos legais. Esses resultados são amplamente utilizados, em vários níveis, subsidiando a formulação de políticas voltadas para a melhoria dos cuidados perinatais e da prática clínica, bem como no ensino e na pesquisa.

A *Childbirth Connection* desenvolve um grande estudo nos Estados Unidos denominado “Ouvindo as mães: pesquisas e relatórios”. Pesquisas são realizadas periodicamente, gerando relatórios e publicações que possibilitam identificar lacunas na prática, a partir do que as mães têm a dizer acerca do cuidado perinatal.

O primeiro levantamento foi realizado em 2002, onde as mulheres norte-americanas tiveram pela primeira vez a oportunidade de descrever suas experiências de cuidado (cuidado pré-natal, parto e pós-parto), bem como avaliá-las em nível nacional. O estudo focava variações nas experiências, nas atitudes sobre o nascimento e na compreensão sobre os direitos de maternidade. Já o segundo e terceiro inquérito foram realizados em 2006 e 2013, respectivamente, e buscaram explorar as experiências de mulheres, pontuando algumas áreas que implicam direta ou indiretamente na qualidade do cuidado perinatal: planejamento para gravidez e experiência na gestação, pré-natal e parto; fontes de informação sobre a gravidez e o parto vaginal, cesárea e amamentação; bem estar físico e mental; recursos para pagamento dos cuidados prestados; escolha, controle, conhecimento e tomada de decisão compartilhada, pressão para as intervenções e o conhecimento do impacto destas intervenções.

Com relação às observações levantadas pelas mães nestes inquéritos ressaltam-se, resumidamente: a importância de um profissional e/ou acompanhante ao seu lado durante toda a gestação e no momento do trabalho de parto para oferecer apoio; a escolha do profissional de saúde que realizará seu parto; a preservação da privacidade na hora do parto; os profissionais devem manter as mulheres bem informadas; orientação sobre os métodos de escolha para o alívio da dor do parto; a possibilidade de escolha do tipo de parto e do uso ou não de hormônios

que aceleram o tipo de parto; o respeito dos profissionais para com as necessidades das pacientes e seus familiares; a importância do plano de parto e seu seguimento pela equipe de saúde; a tomada de decisão compartilhada com relação a toda terapêutica relacionada à mulher; o estímulo ao vínculo mãe - bebê, possibilitando à mãe permanecer próxima ao filho nos seus primeiros momentos de vida e nas enfermarias de alojamento conjunto; orientações e auxílio à mulher com relação à técnica de amamentação correta e; a dor no pós-parto ocasionadas pelas intervenções sucedidas durante o parto (feridas cirúrgicas e episiotomia). Além destas questões, a pesquisa possibilita que as mães expressem seus medos, anseios e conflitos com a chegada do novo membro da família, bem como os desafios enfrentados no âmbito social, travados pela ocorrência da gestação.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho aqui proposto é:

- Apreender concepções e expectativas de mulheres em relação ao atendimento em hospitais no trabalho de parto e parto.

Os objetivos específicos são:

- Discutir a situação do cuidado ao parto a partir do diálogo produzido com as mulheres.
- Identificar e analisar no discurso produzido elementos teóricos que conformam a prática do cuidado centrado no paciente.
- Apontar lacunas existentes no atendimento ao parto em relação às expectativas das mulheres.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

4.1 O Cuidado centrado no paciente/pessoa: do que estamos falando?

O reconhecimento do paciente como um dos elementos fundamentais quando se almeja promover melhorias no cuidado de saúde vem sendo cada vez mais defendido e debatido nas discussões sobre qualidade do cuidado de saúde. No escopo do debate, o paciente é visto como principal ator do processo de cuidado, considerando que todo planejamento desse cuidado visa a atender às suas necessidades. Neste sentido, a atenção à mulher na hora do parto deve, idealmente, ser singular, dinâmica, pautada em suas necessidades, preferências e crenças e expressada em um plano individualizado de parto.

Trata-se de uma dimensão que tem sido vista como crítica para um redesenho do sistema de saúde (MORGAN; YODER, 2012), agregando-se a outros objetivos como a segurança, efetividade e eficiência. Evidências disponíveis já têm demonstrado os benefícios da prática do cuidado centrado no paciente sobre a saúde das pessoas, contribuindo para o fortalecimento de sua autonomia, participação, satisfação e redução de custos (MORGAN; YODER, 2012).

Ainda não se chegou a um consenso sobre a definição e adoção de um termo para definir esta prática de cuidado. Alguns autores e instituições descrevem o que vem a ser o cuidado centrado na pessoa, mas nenhum destes conceitos o definem em sua totalidade. Segundo Morgan e Yoder (2012), na literatura, as palavras pessoa, paciente, cliente são muitas vezes intercambiáveis, sendo a empregabilidade adequada do termo dependente do contexto em que ocorre a prestação do cuidado e das diferentes maneiras de compreensão da relação entre o profissional e o indivíduo que está sendo cuidado. Entretanto, todos os termos defendem um interesse comum que é a prestação de um cuidado individualizado, baseado nas necessidades de saúde do indivíduo.

A prática do cuidado centrado no paciente concorre para que uma relação de confiança entre o paciente e profissionais de saúde seja estabelecida, contribuindo para a continuidade do cuidado e a obtenção de melhores resultados. No caso da gestante, esta prática valoriza a preservação da autonomia da mulher no parto, no sentido de mantê-la orientada, oferecendo-a informações baseadas em evidências com relação às possíveis condutas, possibilitando que a mesma participe plena e conscientemente das escolhas a serem feitas.

No Reino Unido, o cuidado às gestantes sem complicações no trabalho de parto e parto é caracterizado pelo protagonismo das *midwives*. Mulheres com complicações são referenciadas para profissionais especializados. A mulher deve receber informações claras, por escrito, sobre o seguimento de sua gestação com diferentes opções de cuidado. Deve ter o direito e oportunidade de debater com os profissionais de saúde que a acompanham. Os cuidados pré-natais devem ser facilmente acessíveis e sensíveis às necessidades individuais e da comunidade local (NICE, 2008).

Segundo Pelzang (2010), a filosofia subjacente ao cuidado centrado no paciente é que o cuidador precisa enxergar o paciente como uma pessoa que precisa ter seus direitos assegurados, e não como um conjunto de doenças a serem tratadas. No parto, a mulher tem suas vontades, temores e anseios que precisam ser ouvidos, acolhidos e respeitados.

Entretanto, para que o cuidado centrado no paciente ocorra são imprescindíveis transformações não somente no nível das relações, mas também no nível organizacional (PELZANG, 2010). Um estudo realizado por McComark e McCane (2006) destaca um sistema teórico de cuidado centrado no paciente, baseado em três dimensões da qualidade: estrutura, processo e resultado. Para cada uma destas dimensões propôs elementos que contribuem para o estabelecimento de um sistema de cuidado centrado no paciente. Para a dimensão estrutura apresenta três aspectos que devem ser considerados: atributos dos profissionais de saúde (competência profissional, compromisso, habilidades interpessoais e características individuais), dos pacientes (percepção de cuidado, participação no cuidado, perspectiva sobre a doença, cooperação e cultura) e os aspectos organizacionais (definição dos papéis dos profissionais de saúde, relacionamento entre os profissionais, combinação de habilidades, sistema de apoio organizacional, compartilhamento de poder, potencial para inovar e levantar riscos, e a tomada de decisão compartilhada). Na dimensão processo destaca: o trabalho com as crenças e valores dos pacientes; prestação de cuidado às necessidades físicas, psicológicas, sociais e culturais; compartilhamento de decisões; empatia; e o engajamento na relação médico-paciente. O resultado deste processo seria um cuidado centrado no paciente traduzido pela satisfação e seu envolvimento no cuidado, melhoria da saúde e do bem-estar, e criação de uma nova cultura terapêutica.

Segundo Pelzang (2010), o cuidado centrado no paciente pode ser definido a partir de duas interpelações interdependentes: uma relacionada à estruturação e organização dos serviços – modelo de sistema – e outra atrelada às atividades desenvolvidas, tratando-se de um domínio

mais prático – modelo de processo. O modelo de sistemas coopera para a criação de um ambiente centrado no paciente, utilizando mecanismos capazes de interferir diretamente no reordenamento dos serviços com vistas à integração entre as ações nos seus diferentes níveis. Já o modelo de processo trabalha sob a perspectiva do paciente, enfatizando uma série de atividades essenciais para o cuidado centrado no paciente.

Oito princípios do cuidado centrado no paciente são citados pelo *Picker Institute* e *The Commonwealth Fund*, obtidos a partir de percepções provenientes de pacientes que receberam alta hospitalar, familiares e profissionais de saúde, bem como de revisões da literatura realizadas por pesquisadores da *Harvard Medical School*. A saber: respeito aos valores, preferências e necessidades expressadas pelo paciente; coordenação e integração de cuidados; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade; e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado (PICKER INSTITUTE, 2013).

O respeito aos valores, preferências e necessidades expressadas pela mulher envolve a compreensão de questões éticas relacionadas ao processo de cuidado. A autonomia é um aspecto ético implícito a este princípio, devendo ser respeitada por ambas as partes na relação terapêutica estabelecida. O respeito à autonomia tem relevância no âmbito clínico, legal e psicológico. Sob a ótica clínica, promove a confiança, a cooperação e a satisfação da paciente com o cuidado. Do enfoque legal refere-se aos direitos que o indivíduo possui sobre seu corpo. Já do ponto de vista psicológico, relaciona-se à preservação da sensação controle pela paciente do seu corpo (JONSEN, SIEGLER, WINSLADE, 2010).

Segundo o *Picker Institute* (2013), uma boa coordenação de cuidado contribui para reduzir a vulnerabilidade e a impotência do paciente diante das doenças. Constitui mais um princípio do cuidado centrado no paciente, sendo também um aspecto organizacional que busca garantir, a partir de uma perspectiva individualizada, um cuidado contínuo e integral à gestante. É definida como a articulação entre as ações e serviços desenvolvidos entre os diferentes níveis assistenciais, de modo que, independentemente do nível onde o cuidado é prestado, o mesmo deve estar sincronizado e voltado para um objetivo comum (ALMEIDA, et al., 2010), que é a garantia de uma gestação saudável e segura.

No que tange à informação, comunicação e educação, são imprescindíveis para estimular a participação da paciente nas decisões acerca do tipo de parto, bem como das

possíveis intervenções que possam vir a ser praticadas. Uma boa comunicação embasa a paciente para escolhas, capacitando-a para o autocuidado, oportunizando sua participação e contribuindo para um cuidado mais efetivo e seguro. Uma boa comunicação reduz o medo e concorre para aumentar a confiança. De acordo com o *Picker Institute* (2013), há três tipos de comunicação: informação do estado clínico e prognóstico; informação sobre o processo de cuidado; e informação educativa que facilite a autonomia, autocuidado e promoção da saúde. O fornecimento de informações relevantes e compreensíveis consiste em um dever do profissional, enquanto seu recebimento está no âmbito do direito à autodeterminação consciente e responsável da paciente, cooperando para a preservação do princípio ético da autonomia e da liberdade de escolha.

Na literatura, o conforto é um sentimento que está relacionado à sensação de bem-estar, alívio, encorajamento e paz, pressupondo a ausência de sensações indesejáveis (MUSSI, 1996). Por tratar-se de um sentimento, cada paciente possui percepções de conforto diferenciadas, por conseguinte, as medidas deverão ser individualizadas. As necessidades de conforto variam conforme variam as necessidades e características das mulheres, podendo se dar em diferentes contextos – físico, psicoespiritual, ambiental e social. O conforto físico engloba as sensações corporais (MUSSI, 1996), impactando as experiências de cuidado. Portanto, três ações são levantadas como importantes para promover este tipo de conforto: manejo adequado da dor; auxílio nas atividades e necessidades de vida diária; e garantia de um ambiente limpo, confortável e que garanta a privacidade do indivíduo (PICKER INSTITUTE, 2013).

O medo, ansiedade e aspectos emocionais são sentimentos comuns que emergem ante o diagnóstico da própria gravidez ou de complicações decorrentes. Estes sentimentos podem acometer mulheres em maior ou menor grau, interferindo no resultado do cuidado prestado. Dependendo de sua intensidade, podem suscitar desconfortos psicológicos e até mesmo físicos. O grau de desconforto depende do contexto e circunstâncias em que se dá a gestação, de uma cultura, das experiências do cuidado em gestações anteriores e perspectivas individuais. A escolha de quais medidas serão mais efetivas dependerá de cada mulher e do contexto de vida em que se dá a gestação.

Na prática do cuidado centrado no paciente, não basta o envolvimento da paciente na prestação do cuidado. É importante encorajar a participação de sua família e amigos no acompanhamento da gestação. A paciente e seus acompanhantes podem contribuir com informações, subsidiando a estruturação precisa e confiável de sua história clínica; podem

participar da construção do plano terapêutico e do processo de cuidado; e, em um nível mais macro, podem participar de discussões políticas nos diferentes níveis de governos, defendendo suas percepções acerca da qualidade do cuidado (CHRISTINE, KALDJIAN, 2013).

O “acesso ao cuidado” foi incorporado mais recentemente ao conjunto de princípios do cuidado centrado no paciente. Este princípio traduz as condições necessárias que devem ser proporcionadas à paciente para que a mesma possa utilizar dos serviços de saúde nos diversos níveis sempre que for necessário. Engloba o acesso ao conhecimento que, dependendo da história de vida, perfil socioeconômico e acesso aos meios de comunicação, podem estar acessíveis ou inacessíveis. A dimensão do acesso está diretamente relacionada ao componente da utilização, que por sua vez tem como fatores determinantes as necessidades de saúde, as características do paciente e do profissional, a organização e a política (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Neste aspecto, destaca-se o importante papel que tem a atenção primária (PICKER INSTITUTE, 2013) na prestação e continuidade do cuidado à gestante.

O “respeito, dignidade e compaixão” são citados pela Health Foundation (2014) como mais um princípio do cuidado centrado no paciente. Trata-se de aspectos éticos que não podem ser negligenciados pelos profissionais na prestação do cuidado, não por uma questão de “pena” ou solidariedade, mas por reconhecer que se trata de um direito que todos os seres humanos possuem, independentemente de raça, gênero e vulnerabilidade. Apesar de reconhecer que tanto o profissional quanto a paciente assumem no processo de cuidado domínios do conhecimento diferenciados, a dignidade pressupõe certa paridade, do ponto de vista dos direitos, entre o profissional de saúde e a mulher.

A empatia é um componente básico nas relações clínicas, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Segundo Mercer e Reynolds (2014), a empatia clínica pode ser vista como uma forma de interação profissional, em que se fazem necessárias habilidades e competências, e não uma experiência emocional subjetiva ou um traço de personalidade que o indivíduo pode ou não ter. Assume sua importância na relação terapêutica por promover uma comunicação interpessoal de apoio, que busca compreender as percepções e necessidades da mulher; fortalecê-la, no sentido de interagir de forma mais saudável com o seu ambiente; e prevenir ou detectar precocemente complicações na gestação. Enfim, a empatia dá voz às pacientes, permitindo que as mesmas expressem suas percepções e necessidades de saúde.

4.2 Aspectos que podem facilitar e/ou dificultar a implementação do cuidado centrado no paciente

Ainda que a literatura demonstre evidências relacionadas aos benefícios e melhores resultados de saúde do cuidado centrado na pessoa, esta prática ainda representa um grande desafio para os serviços de saúde. As influências internas e contextuais que afetam o sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção, podem ser facilitadoras ou constituir barreiras que dificultam a efetiva implementação do cuidado centrado na pessoa.

Entende-se por influências de contexto, fatores externos ao sistema de saúde, caracterizados pelas mudanças demográficas e epidemiológicas, os avanços tecnológicos e a incorporação tecnológica (OPAS, 2011). Outro aspecto que merece destaque está relacionado ao desenvolvimento da política socioeconômica, no sentido de tentar reduzir as iniquidades sociais e conseqüentemente, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Já como fatores internos que interferem nas tentativas de implementação do cuidado centrado no paciente, o Proqualis (2014) destaca o processo de trabalho, a estrutura organizacional do sistema e do próprio serviço de saúde. Além destes, a cultura organizacional, a disponibilidade de recursos, sistemas de incentivo e de financiamento, estilos de liderança e de gestão, também são fatores internos que podem afetar a conformação das práticas de cuidado.

O processo de trabalho refere-se ao modo como as atividades são desenvolvidas. Consiste em algo dinâmico e complexo, que ocorre através das relações, e que impõe certa sistematização e reflexão contínua acerca das práticas de saúde por parte dos atores que produzem o cuidado (FARIA, et al., 2009). No âmbito da saúde, o processo de trabalho é permeado por elementos objetivos e subjetivos, que envolve as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes na produção do cuidado. Tem como objeto de trabalho o paciente, incorporado por várias dimensões biológicas, sociais, culturais e psíquicas, exigindo um trabalho interdisciplinar, em prol de uma atenção integral. Neste trabalho, o paciente e seus acompanhantes também são agentes transformadores de suas condições.

Outro desafio apresentado é a resistência por parte dos profissionais de saúde que prestam cuidados direto ao paciente. De acordo com o Proqualis (2014), a resistência dos profissionais ocorre, talvez, por acreditarem que suas práticas de atenção já sejam centradas no paciente. Essa ideia cria obstáculos para o envolvimento dos membros da equipe em estratégias

de mudança das práticas de cuidado direcionadas para tornar os serviços de saúde mais centrado nas necessidades, preferências e valores do paciente e seus familiares.

O líder, nos serviços de saúde, é peça chave para o sucesso em toda organização e o estilo de liderança pode influenciar as práticas de cuidado. A complexidade das atividades desenvolvidas nas organizações de saúde e a necessidade de integração do conhecimento exige do líder o desenvolvimento de certas habilidades visando o alcance do objetivo final que é o restabelecimento da saúde do paciente. A liderança, segundo Tsai (2011), consiste em uma habilidade, que depende de elementos objetivos, como fatores internos e externos à organização, bem como de elementos subjetivos, inerentes à própria capacidade de gerenciamento do indivíduo. Sendo assim, a liderança de uma organização de saúde pode influenciar o comportamento dos membros da equipe, incentivando-os na reorientação da assistência, de modo que as atividades implementadas pelos profissionais estejam comprometidas com a qualidade, segurança e restabelecimento da saúde do indivíduo.

A coordenação do cuidado é definida como um atributo organizacional dos serviços de saúde que se expressa pela continuidade do cuidado (ALMEIDA et al, 2010). Além de constituir um dos princípios da prática do cuidado centrado no paciente, sua importância está na oferta de uma assistência integral, com o planejamento de ações que vão ao encontro das reais necessidades, preferências e perspectivas do indivíduo. Porém, ainda representa um desafio no âmbito dos sistemas de saúde, visto a criação de mecanismos regulatórios pouco efetivos que dificultam o acesso e a prestação de um cuidado integral.

A cultura organizacional exerce grande influência sobre o trabalho da equipe, na organização dos serviços, bem como na capacidade de todos trabalharem com foco nas necessidades do paciente (PROQUALIS, 2014). Influencia o processo de trabalho e as relações desenvolvidas entre todos os participantes do cuidado, diferenciando as organizações entre si. Tsai (2011) define a cultura organizacional como um conjunto de valores e crenças desenvolvidos por um grupo de pessoas e que permeiam toda uma organização de saúde, tanto internamente quanto externamente. Ou seja, no âmbito da saúde a cultura organizacional interfere no comportamento e nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares em meio à imprevisibilidade e complexidade do ambiente externo em que as organizações estão situadas. Consiste em uma variável subjetiva, difícil de ser mensurada, porém justificada, sendo fator de sucesso quando se deseja melhorar a qualidade do cuidado de saúde, tornando-o mais seguro e centrado no paciente.

4.3 Os “direitos da mulher” como fator estruturante das políticas públicas voltadas para melhoria do cuidado obstétrico no Brasil: conquistas e desafios.

Mesmo sendo inegável a conquista de direitos pelas mulheres no decorrer do último século e, talvez com maior vigor, nas últimas décadas, ainda são notórios os obstáculos que persistem para a garantia de igualdade dos gêneros. A Declaração Universal de Direitos Humanos na década de 1940, a agenda desenvolvida pela ONU na década de 1970 e o ciclo de conferências em prol da defesa dos direitos da mulher, ocorridas em 1990 (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Conferência da Mulher), apesar de reafirmarem os direitos femininos, inclusive os sexuais e reprodutivos, não foram suficientes para confirmá-los efetivamente (NUNES e MENDES, 2015).

Neste cenário de lutas, conquistas e obstáculos, emergem os movimentos sociais na luta pela garantia da dignidade, medidas de proteção e garantia de direitos de mulheres em situação de vulnerabilidade. Percebe-se que a questão de gênero ainda é visivelmente uma das grandes responsáveis pelas desigualdades relacionadas aos Direitos Humanos.

Ainda nos anos de 1980, o interesse pela saúde da mulher cresceu no país, efervescendo os movimentos sociais de reivindicação pelos direitos femininos, como o movimento feminista, que criticava o papel reducionista da mulher como geradora de prole. Este movimento contribuiu para introduzir na pauta nacional de discussão política aspectos femininos que antes eram negligenciados, tratando as desigualdades que ocorriam entre os gêneros em seus diversos âmbitos – social, saúde, sexual, reprodutivo. Neste processo reivindicatório, sob alegação de que as condições de vida às quais as mulheres eram submetidas contribuíam para seu adoecimento e morte, houve abertura política para discussão acerca da elaboração de propostas junto ao Ministério da Saúde e ao Estado que garantissem à mulher atendimento integral e respeito aos seus direitos como cidadã. Nasceu então o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O PAISM consistiu em uma resposta estatal com o compromisso de implementação de serviços de saúde que garantissem os direitos humanos das mulheres e que contribuíssem para a redução da morbimortalidade feminina evitável, ante os indicadores epidemiológicos do Brasil, típicos do mundo subdesenvolvido – mortalidade materna e desnutrição.

A mortalidade materna constitui, desde décadas anteriores, um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, e em algumas situações, apresentando-

se como uma grave violação dos direitos humanos de mulheres e crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Contudo, a atenção perinatal no Brasil sofreu avanços positivos com a implementação de políticas públicas que asseguram o reconhecimento da mulher como cidadã, portadora de direitos legais garantidos pela Constituição Federal de 1988, art.196, incluindo o direito à saúde.

Marcos normativos que ocorreram no âmbito nacional e internacional, visando a garantia dos direitos das mulheres, também concorreram para a garantia de direitos das gestantes durante a gravidez, na hora do parto e no pós-parto como a Lei 11.108/2008 do “Direito ao/a acompanhante durante o trabalho de parto”. Segundo esta lei, os serviços de saúde do SUS, seja da rede própria ou conveniada ficam obrigados a permitir a presença de 01 acompanhante, de livre escolha da mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério.

Em 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/ nº 569 de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento cujo objetivo era humanizar a atenção perinatal no Brasil, garantindo à mulher e ao bebê condições dignas de atendimento através de ações estratégicas que promovessem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade em todos os componentes de atenção, da gestação ao puerpério. Os princípios e diretrizes estruturantes deste programa são: toda gestante tem o direito ao acesso ao atendimento digno e de qualidade na gestação parto e puerpério; toda gestante tem direito ao acompanhante; toda gestante tem o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito ao parto e puerpério de forma humanizada e segura; todo recém-nascido tem direito a adequada assistência neonatal; e é dever do Estado prover meios para garantir todos estes direitos à mulher e a criança. Este programa é resultado de transformações que vêm ocorrendo nas últimas décadas nas políticas de atenção à saúde da mulher no âmbito dos direitos reprodutivos.

Já o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi criado para melhorar a qualidade da assistência prestada às mães e recém-nascidos, sendo grande sua relevância para garantia do exercício de cidadania tanto das mulheres quanto das crianças. Assume em seu escopo ações estratégicas pela redução da mortalidade materno-infantil, previamente pactuadas entre os três entes federativos, garantindo a responsabilização de cada um pelas ações planejadas e sua efetiva implementação. A proposição deste pacto é uma reação aos elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil e à detecção da insuficiência dos programas

de saúde na tentativa de reorganização dos serviços e qualificação da atenção obstétrica e neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Neste contexto de lutas e conquistas, o Brasil, nas últimas décadas, através da formulação e implementação de políticas públicas voltadas para melhoria do cuidado obstétrico, buscou assegurar os direitos femininos durante a gestação, parto e puerpério, garantindo um processo de nascimento seguro e saudável. As principais políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos às gestantes e recém-nascidos são: Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, Política Nacional de Atenção Integral à Mulher e Política de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Apesar de todos os esforços governamentais e da melhoria do cuidado na atenção obstétrica, a atenção ao parto ainda é marcada por uma predominante medicalização, caracterizada pelo uso de intervenções nem sempre necessárias e potencialmente iatrogênicas à saúde da mulher e da criança como a episiotomia, amniotomia, manobra de Kristeller e o uso indiscriminado de cesarianas (LEAL, et al, 2014). A violação de direitos maternos tem implicações diretas sobre a morbimortalidade materna no Brasil, sendo caracterizada pelas intervenções invasivas, potencialmente danosas à paciente; os constrangimentos e coerções à mulher durante o trabalho de parto; a negligência e hostilidade dos profissionais em atender às demandas da mulher; e o impedimento à presença de um acompanhante (DINIZ, et al., 2015).

5 PANORAMA CONTEXTUAL

5.1 Caracterização do contexto

O município do Rio de Janeiro está organizado em 33 regiões administrativas e 160 bairros que apresentam diferentes graus de desigualdade e desenvolvimento socioeconômico, inclusive no que se refere à utilização dos serviços de saúde. Para fins de planejamento, a SMS/RJ já trabalha há mais de duas décadas com a cidade dividida em AP, cada qual com suas particularidades, necessidades e especificidades populacionais. O município possui 10 AP e se encontra situado na Região Metropolitana I.

No que concerne à atenção primária, o município conta com três tipos de unidades de saúde: unidades em que todo o território é coberto por equipes de ESF; unidades de saúde com uma ou mais equipes de ESF que cobrem parcialmente o território; e unidades básicas sem equipes de ESF. De acordo com o SCNES, o Rio de Janeiro possui 112 Centros Municipais de Saúde e 117 Clínicas da Família distribuídas entre as AP, com as Clínicas da Família funcionando mediante contrato de gestão. Estas clínicas, inéditas no país, na organização da atenção à saúde, constituem a porta de entrada do cidadão no SUS para o acompanhamento e resolutividade das suas necessidades de saúde. Já os Centros Municipais de saúde atendem a população descoberta pelas clínicas, inclusive na assistência materno-infantil. Durante o ano de 2016, no Rio de Janeiro, a média de cobertura da população pelas Clínicas da Família, ficou em 50,78% (Departamento de Atenção Básica, 2017).

O município do Rio de Janeiro implantou, em 2011, um projeto pioneiro denominado Cegonha Carioca, inicialmente em algumas localidades, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil, por meio da garantia de uma atenção qualificada e humanizada à mulher e ao bebê desde o pré-natal até o parto. Em 2012, o projeto alcançou todas as áreas programáticas da cidade.

Neste programa, foram incluídas todas as clínicas da família e algumas maternidades municipais, estaduais e federais. Dentre as maternidades que participam do programa, estão as unidades que constituíram campo desta pesquisa.

Na rede municipal, todo o atendimento pré-natal é feito nas Clínicas da Família, com algumas exceções, sendo informada à mulher, desde o início, qual a maternidade de referência

para o parto, oferecendo-a a oportunidade de visitar e conhecer a unidade em que terá seu bebê – Passaporte Cegonha.

O município do Rio de Janeiro constitui a segunda maior metrópole do país, apresentando a maior densidade demográfica com 5.265,82 hab/km². O último censo, realizado em 2016, estimou uma população de 6.498.837 habitantes, sem definição por sexo ou faixa etária. Já o censo de 2012 (último com a população definida por sexo e faixa etária), definiu um total de 3.397.768 mulheres, das quais 2.009.935 estão em idade fértil – 10 e 49 anos (DATASUS, 2017).

De acordo com dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a cidade do Rio de Janeiro vem apresentando, desde o início da década de 80, queda progressiva na taxa de mortalidade infantil, com redução de 25,7 % no coeficiente. Esta redução aconteceu em todos os componentes de mortalidade infantil, desde o neonatal precoce até o pós-neonatal. De 2002 a 2004, esta taxa se estabilizou, mantendo-se em 15 mortes/1.000 nascidos vivos. Em 2005, verificou-se mais um declínio destas mortes chegando a 13,6 óbitos/1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil no ano de 2014 foi a menor da série histórica, atingindo 11,3 mortes/1.000 nascidos vivos (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, SMS/RJ, 2015).

Com relação à razão de mortalidade materna, que traduz o quociente de óbitos maternos por número de nascidos vivos no mesmo local e período, os anos de 2005 e 2006 apresentaram os menores números de mortes da série histórica que se inicia em 2000, com 46,9 e 49,9 óbitos/100.000 nascidos vivos, respectivamente. Em 2007, o número de mortes aumentou acentuadamente, atingindo 68,3 óbitos de mulheres/100.000 nascidos vivos, com um pequeno decréscimo no ano de 2008, em que alcança 60,7/100.000 nascidos vivos. A partir de 2009, o aumento no número de mortes maternas é progressivo, atingindo no ano de 2014 uma razão de 71,4 óbitos/100.000 nascidos vivos (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, SMS, 2015).

Nos últimos anos, a partir da implantação da Rede Cegonha em 2011, o município do Rio de Janeiro vem investindo na qualidade do cuidado obstétrico, tendo ampliado o número de leitos obstétricos e neonatais com a inauguração de três maternidades: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e Hospital Maternidade Pedro II.

De acordo com o SIH/SUS, em 2016, de janeiro a dezembro, no município do Rio de Janeiro foi registrado um total de 35.497 partos normais (Códigos de procedimento: 0310010039, 0310010047, 0310010055) e 12.220 partos cesarianas (Código de procedimento: 0411010026, 0411010034, 0411010042) cobertos pelo SUS (DATASUS, 2016)). De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, o município é responsável por cerca de 70% dos partos realizados na Rede Pública, possuindo as menores taxas de partos cesáreos da cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, SMS, 2013). O quadro abaixo demonstra a variação do número de partos quanto à natureza dos estabelecimentos de saúde:

Tabela 1- Número de partos realizados em hospitais do SUS por tipo e natureza do estabelecimento de saúde, no município do Rio de Janeiro

| Tipo de parto | Natureza do estabelecimento | | | | | | | |
|---------------|-----------------------------|------|----------|------|-----------|------|---------------|------|
| | Federal | | Estadual | | Municipal | | Universitário | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| VAGINAL | 2.404 | 6,77 | 191 | 0,53 | 32.516 | 91,6 | 386 | 1,08 |
| CESARIANA | 1.042 | 8,52 | 63 | 0,51 | 10.995 | 89,9 | 120 | 0,98 |
| TOTAL | 3.446 | - | 254 | - | 43.511 | - | 506 | - |

Fonte: SIHD/SUS, 2017

Dependendo do grau de complexidade e dos recursos disponibilizados, as maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro oferecem assistência tanto em gestação de baixo risco como em situações de alto risco, decorrentes das eventuais anormalidades que podem acometer a saúde da mãe ou do recém-nascido. É estabelecida uma linha de cuidado à gestante que vai desde o pré-natal até a atenção ao parto e nascimento.

As maternidades de alto risco caracterizam-se pela presença de UTI ou UI tanto para a mulher quanto para os recém-nascidos prematuros ou em situações graves de saúde. Atualmente a rede conta com dez maternidades e uma casa de parto, distribuídas entre as diferentes áreas programáticas da cidade. Totalizam mais de 800 leitos de alojamento conjunto, para mães e bebês, e 300 leitos de Terapia Intensiva Neonatal (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, SMS, 2015).

Uma das maternidades do estudo situa-se na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Com uma infraestrutura moderna e completa, se responsabiliza pelo atendimento das mulheres referenciadas pelas Clínicas da Família inseridas nas AP de sua abrangência. Além de beneficiar a população referenciada, assiste também mulheres de outras áreas do município. Possui uma capacidade instalada de 80 leitos de obstetrícia e 15 de UTI neonatal, além de realizar atendimentos ambulatoriais e consultas para pré-natal de alto risco. É uma unidade que atua como campo prático na formação de profissionais, contribuindo para ensino-aprendizagem, por meio da oferta de residência médica em ginecologia e obstetrícia (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, SMS, 2015).

Outra unidade, localizada na região central da cidade, beneficia uma média de 300 mil moradores da região, referenciadas pela atenção primária. Sua capacidade instalada consiste em 119 leitos, sendo 111 leitos conjuntos mãe-bebê e 08 do tipo “canguru” (estes últimos destinados às mães de crianças prematuras, a fim de manter o recém-nascido em um contato máximo com o corpo da mãe), além de possuir seis salas para realização de parto humanizado. Já com relação aos insumos tecnológicos, a maternidade conta com aparelhos de fototerapia, incubadoras modernas e sistemas de ventilação mecânica em recém-nascidos (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, SMS, 2015).

A terceira maternidade incluída no estudo também situada na Zona Oeste da cidade, possui um total de 62 leitos de obstetrícia, segundo dados da Secretaria municipal de Saúde (2015). Foi inaugurada com a proposta de revolucionar a atenção ao parto, tornando-o mais humanizado, inspirando-se, para tanto, na maternidade francesa de Pithiviers, idealizada pelo médico Michel Odent. Constitui praticamente extensão de um hospital geral municipal que oferece serviços de média e alta complexidade, possui 01 UTI geral do hospital e realiza atendimentos ambulatoriais para gestação de alto risco, sendo estes referenciados pela atenção primária.

Quanto à gestão das unidades em que se deu o estudo, uma encontra-se sob administração direta, enquanto duas são administradas mediante contratos de gestão com Organizações Sociais. Estas três maternidades estão entre as que mais realizam partos na cidade do Rio de Janeiro. Apesar de todas realizarem pré-natal de alto-risco, apenas uma delas possui uma UTI, sendo ela própria parte de um hospital geral.

Não foi possível traçar o perfil das mulheres atendidas nas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, visto que os sistemas oficiais de base nacional, estadual e federal como o SIH/SUS (sistema operacional que fornece todos os dados de internações financiadas pelo SUS a partir do preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar) não disponibiliza informações completas referentes as variáveis de caracterização das mulheres. Apesar do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) possuir o registro completo das variáveis que caracterizam mulheres de acordo com o tipo de parto, optou-se por não o utilizar, pois os dados registrados neste sistema de informação não indicam a natureza pública ou privada do estabelecimento de saúde onde o parto foi realizado.

6 MÉTODOS

6.1 Desenho do Estudo

A fim de alcançar os objetivos apresentados, o estudo aqui proposto é qualitativo, buscando entender, descrever e explicar os fenômenos sociais por meio da análise de experiências de indivíduos ou grupos (FLICK, 2009). A escolha do tipo de estudo partiu da definição e delimitação do objeto: as concepções e expectativas de mulheres acerca do atendimento prestado em hospitais no trabalho de parto e parto.

6.2 Coleta de dados

Para coleta e produção dos dados foram realizadas 27 entrevistas com primíparas, no puerpério imediato, período que vai do primeiro até o décimo dia após o parto (ANDRADE, et al., 2015) que tiveram seus bebês em maternidades públicas municipais na cidade do Rio de Janeiro. As três maternidades envolvidas neste estudo foram as mesmas da pesquisa “Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção multifacetada para a melhoria do cuidado obstétrico em maternidades do Rio de Janeiro”. A opção pela realização de entrevistas foi tomada após consideração de questões práticas e apreciação do ambiente nas maternidades, sendo a sua realização feita nas próprias maternidades. O uso da técnica da entrevista permitiu que as mulheres expressassem abertamente suas concepções, expectativas e experiências relativas ao atendimento durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Já a opção por incluir somente primíparas após o parto, por sua vez, justifica-se pela perspectiva de evitar interferências das experiências de gestações e trabalhos de parto anteriores no resultado da pesquisa.

Foram excluídas do estudo puérperas menores de 18 anos, com nível cognitivo reduzido ou com desfechos clínicos desfavoráveis – maternos ou neonatais – em consideração e respeito ao sofrimento psíquico da mulher. Para fins deste estudo, consideraram-se, como desfechos clínicos neonatais desfavoráveis, aqueles que incorreram em internações em UTI, associados a intercorrências durante a gestação ou no trabalho de parto. Nas maternidades escolhidas como campo de pesquisa, a mulher que está com seu bebê na UTI, mesmo que tenha recebido alta hospitalar, pode optar por permanecer na enfermaria de alojamento conjunto até a possível alta do seu filho, sendo a ela reservado o direito de visitar o seu bebê na UTI em horário integral.

As entrevistas foram realizadas entre junho e outubro de 2016, pois apesar do planejamento prévio, que previa a realização das entrevistas entre maio e agosto, alguns percalços burocráticos e administrativos foram encontrados em uma das três maternidades escolhidas como campo da pesquisa.

Um roteiro de entrevista contendo os tópicos a serem abordados foi proposto (Apêndice A) para ser utilizado pelo pesquisador no ato da sua realização. Todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo pesquisador.

Para a criação do roteiro de entrevista, foi realizado um levantamento bibliográfico relacionado ao tema, privilegiando estudos com foco em elementos importantes para a conformação do cuidado centrado na pessoa e que, de alguma forma, deveriam estar presentes na atenção ao trabalho de parto e parto. O roteiro contemplou determinados aspectos como: relações interpessoais entre a equipe de saúde e a mulher durante o trabalho de parto; informações fornecidas pelos profissionais de saúde à mulher e acompanhantes sobre o seguimento do trabalho de parto e eventuais intervenções; participação da mulher e acompanhantes nas decisões relativas ao processo de cuidado. Com a realização das entrevistas, surgiram outros aspectos relevantes como, por exemplo, os direitos maternos e a violência obstétrica.

Os critérios de recrutamento das mulheres foram: disponibilidade para responder à entrevista, sem risco algum de comprometer o cuidado aos seus recém-nascidos. A fim de minimizar os riscos de exposição, resguardando e garantindo a sua privacidade, foi oferecido a todas as participantes um local reservado para responderem as perguntas. Porém, todas as mulheres optaram por responderem o questionário na própria enfermaria em que se encontravam internadas.

Foi levada em consideração, no ato das entrevistas, a participação, em alguns momentos, do acompanhante, visto seu importante papel e contribuição no processo de nascimento.

Inicialmente, foi estimado um total de 30 entrevistas, distribuídas entre as três maternidades públicas no município do Rio de Janeiro, escolhidas como campo de pesquisa. Porém, foram realizadas 27 entrevistas, pois alcançou-se o pretendido adensamento teórico acerca do objeto pesquisado.

As entrevistas só foram realizadas após as participantes consentirem a sua gravação, conforme explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que consta no Apêndice B.

Os áudios foram transcritos e armazenados, prevendo-se cuidados no sentido da absoluta preservação da privacidade e anonimato das participantes. A fim de manter o sigilo das informações, prevenindo quaisquer possibilidades de quebra da confidencialidade, foram criados códigos anônimos que rotularam os registros procedentes das entrevistas. Os arquivos dos áudios foram destruídos após a rotulagem e revisão dos transcritos. Os arquivos dos transcritos armazenados só estiveram disponíveis para a pesquisadora e sua orientadora, responsável pela pesquisa mais ampla no qual o estudo se insere.

6.3 Base teórica para análise dos dados

O IOM, em seu relatório *Crossing the Quality Chasm*, cita o cuidado centrado no paciente como uma das dimensões da qualidade do cuidado de saúde, juntamente com outros objetivos colocados como segurança, efetividade, oportunidade/prontidão, equidade e eficiência. Segundo Hudon et al (2011), esta abordagem de cuidado tem sido associada com inúmeros resultados positivos no âmbito financeiro, prático e das relações entre profissional e paciente.

Em seu discurso sobre o significado do cuidado centrado no paciente, Berwick (2008) cita três premissas básicas da abordagem: as necessidades do paciente vêm em primeiro lugar; nada sobre mim sem mim; cada paciente é único. Tais premissas citadas se complementam. A primeira e a terceira falam da valorização e singularidade do sujeito, impondo ao processo de cuidado e às relações estabelecidas certa dinamicidade e complexidade. Ou seja, nem tudo se dá ou se aplica da mesma maneira para pessoas diferentes, sendo necessário discernimento clínico e ter sensibilidade no trato interpessoal. Já a segunda destaca a colaboração e protagonismo do paciente nas escolhas, discussões e decisões sobre sua saúde ou terapêutica a ser utilizada. O respeito às preferências, valores, crenças e expectativas muito importam nesta abordagem de cuidado.

A própria Medicina Baseada em Evidências sustenta-se no tripé evidências existentes para o manejo do caso, expertise clínica dos profissionais e percepções e preferências individuais dos pacientes (SACKETT; ROSENBERG, 1995).

Considerando que as perspectivas e expectativas individuais integram um dos componentes envolvidos na conformação do cuidado centrado na paciente, foram utilizados como categorias de análise neste projeto, elementos teóricos contemplados no âmbito prático do cuidado centrado no paciente.

Ainda no início do trabalho, foi definida uma proposta de plano incluindo categorias e subcategorias de análise antecipadas, um processo que, de forma implícita, já se iniciou na formulação do roteiro de entrevista. No decorrer das entrevistas e, especialmente, do processo de sua codificação, o plano foi ajustado em face do surgimento de novos pontos relevantes.

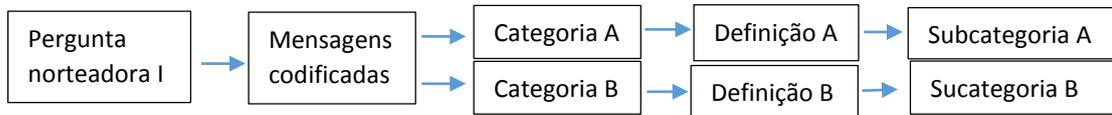
6.4 Análise dos dados

O uso do método comparativo constante envolveu um processo de interação entre a análise em desenvolvimento e dados novos. Cada transcrito foi lido várias vezes antes do desenvolvimento de códigos abertos para descrever cada unidade de significado relevante.

Para análise das transcrições foi utilizado o método de análise de conteúdo. Consiste em um conjunto de técnicas sistemáticas que permite analisar os dados procedentes das entrevistas, inferindo conhecimentos relativos às condições de produção. Tem como uma de suas características principais, a utilização de categorias obtidas a partir de modelos teóricos previamente definidos, levadas para o material empírico desenvolvido (FLICK, 2009).

A partir de leituras e releituras, trechos transcritos significativos para a questão de pesquisa foram selecionados. Através de comparações intra e inter-transcritos, os códigos abertos foram gradualmente desenvolvidos em categorias teóricas e subcategorias pertinentes à análise em desenvolvimento. Este processo continuou até que nenhuma nova categoria emergisse e ocorresse a saturação teórica. As categorias foram organizadas em uma estrutura de codificação e indexação dos transcritos usando o software NVivo11. As categorias da estrutura foram continuamente checadas e modificadas para garantir adequado ajuste dos dados, ainda que dando conta de casos desviantes. Um registro foi mantido do processo de análise, incluindo definições das categorias e sua aplicação. Um esquema de análise explicativo foi elaborado a fim de demonstrar como se pensou a definição das categorias e subcategorias a partir dos dados coletados:

Figura 1: Esquema de análise de dados para definição de categorias.



Anteriormente à codificação dos dados, foi realizado um aprofundamento teórico acerca dos principais elementos que conformam a prática do cuidado centrado no paciente. A partir daí emergiram categorias prévias que foram ajustadas conforme ia ocorrendo o processo de codificação e análise dos dados. Subcategorias também foram criadas, com a intenção de especificar mais claramente o que se pretende em cada uma das categorias. O reagrupamento dos códigos, em conjunto com a teoria que explica os elementos que conformam o cuidado centrado no paciente, subsidiou a categorização. O quadro 1 apresenta a definição das categorias selecionadas a partir da codificação dos dados.

Quadro1- Categorias e subcategorias e suas definições para análise dos dados coletados.

| <i>CATEGORIA</i> | <i>DEFINIÇÃO</i> | <i>SUBCATEGORIAS</i> | <i>DEFINIÇÃO</i> |
|------------------------|--|----------------------------------|--|
| Experiência de parto | Forma como o trabalho de parto e parto foi percebido pelas mulheres | Emoções/sentimentos gerados; | Descrição subjetiva do que a mulher sentiu durante o processo de nascimento. |
| | | Atenção dos profissionais | Assistência ofertada à mulher durante o processo de parturição. |
| | | Violência obstétrica | Atitudes e posturas que ferem a integridade física e psíquica da mulher. |
| Comunicação/informação | Percepção das mulheres com relação à comunicação estabelecida entre pacientes, familiares e profissionais; modo pelo qual as | Esclarecimentos e orientações | Explicações/ informações fornecidas pelos profissionais acerca dos cuidados e práticas empregadas. |
| | | Comunicação entre profissionais. | Comunicação efetiva estabelecida entre os membros de uma equipe de saúde. |

| | | | |
|--------------------|--|--|---|
| | informações são produzidas e apreendidas pelas mulheres. | Empatia | Sentimento que impulsiona a receptividade, o respeito e demonstrações de interesse do profissional para com a situação apresentada pela paciente; capacidade do profissional se colocar no lugar do outro, compartilhando o momento vivido. |
| | | Compartilhamento de decisões e confiança | Participação de pacientes e familiares nos processos decisórios referentes a sua saúde. |
| Direitos da mulher | Direitos legais garantidos às mulheres durante toda gestação, parto e pós-parto. | Direito à privacidade | Preservação da integridade física e moral da mulher, mantendo a inviolabilidade do seu corpo. |
| | | Direito à acompanhante | Garantia da presença de um acompanhante de sua escolha, durante o processo de trabalho de parto e parto. |

6.5 Considerações éticas

A pesquisa foi submetida ao CEP da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, não havendo a necessidade de submetê-la ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde, visto que o estudo fez parte de uma pesquisa maior que já vinha sendo desenvolvida por um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz em maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. Para submissão ao CEP/ENSP e aprovação do estudo foi necessária a realização de emendas ao projeto maior. O número do CAAE do projeto é 37431114.1.0000.5240.

As participantes foram esclarecidas com relação aos objetivos, finalidade, aspectos éticos do estudo, da possibilidade de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a mesma, do anonimato e das gravações. Atendendo a Resolução 466/2012 do

Conselho Nacional de saúde, após o aceite, que se deu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciaram-se as entrevistas.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados produzidos a partir das entrevistas, junto à discussão do que mais importa para as mulheres, suas preferências, concepções e expectativas relacionadas à sua vivência de trabalho de parto e parto. A discussão foi feita sob a perspectiva teórica do cuidado centrado na pessoa levando em conta seus princípios norteadores. A priori, será feito um breve relato acerca do desenrolar do estudo no campo de pesquisa.

7.1 Considerações sobre o trabalho de campo

Esta pesquisa pretendeu responder a um dos objetivos específicos de uma pesquisa maior que já vinha sendo desenvolvida nestas mesmas maternidades, o que facilitou o contato com cada direção de unidade, visto já ter sido estabelecido vínculo prévio entre as equipes de pesquisa e das maternidades. Após cumprimento das exigências institucionais, deu-se início às entrevistas.

Apesar da elaboração inicial de um roteiro norteador, cujas perguntas pretendiam responder aos objetivos do estudo, não foi preciso indagar todas as questões, pois no decorrer da conversa, algumas mulheres já respondiam espontaneamente o que era esperado. Foi permitido que as mulheres manifestassem situações vivenciadas no pré-natal, parto e pós-parto, visando captar mais amplamente elementos no discurso que subsidiariam o alcance dos nossos objetivos. Apesar disso, não houve a necessidade de modificações no roteiro de entrevistas.

Naturalmente, algumas mulheres apresentaram-se retraídas e tímidas para responder as perguntas, apesar de ser apresentado a elas os objetivos e intenções do estudo, além de ser assegurado inicialmente seu anonimato, por meio do TCLE, com relação às suas declarações. Antes de dar início às entrevistas, procurou-se criar entre o pesquisador e a mulher, uma atmosfera mais descontraída e menos formal, a fim de deixá-la mais confiante e menos desconfortável ante a situação. Ainda assim, muitas mulheres demonstravam-se retraídas ao falar de situações inconvenientes e constrangedoras que ocorreram durante o trabalho de parto e nascimento.

Ao todo, foram realizadas 27 entrevistas, que permitiram o alcance da saturação de categorias, ou seja, os dados tornaram-se muito repetitivos. O tempo estimado previamente para cada entrevista era de 15 a 20 minutos, porém na ocasião do estudo, o tempo variou de seis a vinte e cinco minutos.

As vinte e sete mulheres que participaram das entrevistas foram caracterizadas de acordo com a idade, estado civil, nível de escolaridade e o tipo de parto, conforme demonstrado no Quadro 2.

As variáveis de caracterização das mulheres foram utilizadas apenas para conhecer o conjunto. Portanto, não foram consideradas para fins de análise e discussão das categorias, pois não houve diferenças relevantes entre as falas.

Vale a pena ressaltar que todas as entrevistadas possuem um certo nível de instrução, não aparecendo no estudo nenhuma mulher que não tenha sido alfabetizada. Observou-se que mulheres com um nível de instrução mais elevado, apesar de demonstrar satisfação com o atendimento, mostraram-se mais críticas com relação à reivindicação de seus direitos como por exemplo a tomada de decisão compartilhada baseada nas melhores evidências disponíveis; informação como um direito e dar à mulher o poder de decisão. No entanto, verifica-se que a busca por maternidades públicas, hoje, não se trata apenas de uma classe mais desfavorecida e ignorante com relação aos seus direitos, mas sim de vários determinantes que independem de raça, gênero, escolaridade e status socioeconômico.

7.2 A experiência no parto

A categoria “experiência de parto”, para fins de análise, é traduzida no estudo pela vivência ou descrição subjetiva da mulher com relação ao seu respectivo processo de trabalho de parto.

Nesta categoria buscou-se captar das mulheres o apontamento de aspectos positivos e negativos da parturição, haja vista suas concepções, valores e preferências, assim como a dinamicidade do processo de nascimento. Fujita e Shimo (2014) afirmam que o parto é um evento social e singular, integrante de uma vivência reprodutiva particular.

Tendo em vista o processo de codificação das falas e uma melhor organização dos resultados, optou-se por desagregar esta categoria em três subcategorias classificadas como: “emoções e sentimentos gerados”, uma vez que, com frequência, os relatos de experiências de parto estiveram relacionados aos sentimentos e emoções vivenciados pela mulher; “atenção dos profissionais” e “violência obstétrica”. Casos característicos deste tipo de violência foram citados como fatores que influenciaram na satisfação da mulher com o processo de parturição.

Quadro 2: Perfil das mulheres entrevistadas com relação ao parto, a maternidade, o estado civil, a escolaridade, a idade, o tipo de parto, a instituição, outras

| PARTICIPANTES | IDADE | ESTADO CIVIL | ESCOLARIDADE | PARTO | MATERNIDADE |
|----------------------|--------------|---------------------|--------------------------|--------------|--------------------|
| E1 | 30 a | Casada | Superior completo | Cesárea | LD |
| E2 | 23 a | Casada | Ens. Médio completo | Cesárea | LD |
| E3 | 25 a | Casada | Ens. Médio completo | Normal | LD |
| E4 | 38 a | União Estável | Ens. Médio completo | Cesárea | LD |
| E5 | 22 a | Solteira | Ens. Médio completo | Normal | LD |
| E6 | 32 a | União estável | Ens. Médio completo | Cesárea | LD |
| E7 | 19 a | Solteira | Ens. Médio completo | Normal | LD |
| E8 | 27 a | Solteira | Ens. Fund. Completo | Cesárea | LD |
| E9 | 19 a | Solteira | Ens. Médio incompleto | Normal | MA |
| E10 | 27 a | Casada | Ens. Superior incompleto | Normal | MA |
| E11 | 28 a | União estável | Ens. Superior Completo | Normal | MA |
| E12 | 19 a | Solteira | Ens. Med. Incompleto | Normal | MA |
| E13 | 21 a | Solteira | Ens. Med. Incompleto | Normal | MA |
| E14 | 24 a | Casada | Ens. Méd. Completo | Normal | MA |
| E15 | 20 a | Solteira | Ens. Méd. Completo | Normal | MA |
| E16 | 38 a | União Estável | Doutorado | Cesárea | MA |
| E17 | 21 a | União Estável | Ens. Superior incompleto | Cesárea | MA |
| E18 | 30 a | Casada | Ens. Méd. Completo | Cesárea | MR |

| | | | | | |
|-----|------|----------|-----------------------------|---------|----|
| E19 | 18 a | Solteira | Ens. Méd. Completo | Normal | MR |
| E20 | 18 a | Amasiada | Ens. Med. Incompleto | Normal | MR |
| E21 | 29 a | Casada | Ens. Méd. Completo | Normal | MR |
| E22 | 19 a | Amasiada | Ens. Med. Incompleto | Normal | MR |
| E23 | 24 a | Casada | Ens. Méd. Completo | Cesárea | MR |
| E24 | 21 a | Casada | Ens. Méd. Completo | Normal | MR |
| E25 | 23 a | Solteira | Ens. Méd. Completo | Normal | MR |
| E26 | 25 a | Casada | Ens. Superior incompleto | Normal | MR |
| E27 | 35 a | Casada | Ens. Méd. Completo | Normal | MR |

variaram de acordo com as maternidades, aparecendo predominância de visões mais positivas em uma do que em outras.

Apesar das experiências de parto serem descrições subjetivas, as diferentes experiências entre as mulheres dentro da mesma maternidade podem sugerir formas diferenciadas de abordagem entre os plantões. Alguns depoimentos reforçam esta ideia:

E19: “[...]depende muito do plantão. Tem médicos que são mais atenciosos, aí quando muda o plantão [...]”

E6: “[...]E também aquilo como falaram para mim no dia da visita se você pegar um plantão você é otimamente bem atendida; se você pegar um plantão complicado. Mas não tem que ter plantão complicado. Tem que ser um plantão ótimo para todo mundo [...]tem algumas pessoas que vem, fazem o seu serviço, mal explicam, e você não entende nada [...]”.

7.2.1 Sensações e sentimentos gerados

Para algumas mulheres, a dor, produtora de reações emocionais e inerente ao processo natural da parturição, esteve constantemente presente nos relatos de experiências de parto, sendo um forte elemento que impactou diretamente a vivência do processo de nascimento:

E1: “ Agora estou tranquila, mas... nossa, foi um desespero! (...) eu ficava com medo e eu falava para ele “puxa eu estou com medo de que o bebê nasça lá. Falam que deixam as mulheres esperando, que elas sofrem, que induzem o parto, que rompem a bolsa. E a gente fica muito preocupada (...) eu fui muito sensível à dor, porque eu senti todas elas.”

E6: “ eu já estava fora de mim ali. De tanta dor, de tanta coisa. Eu só queria que aquilo acabasse, eu pedia pelo amor de Deus para aquilo acabar porque eu não estava aguentando mais. Não conseguia nem ficar em pé de tanta dor.”

E5: [...]O que eu passei no normal para mim já foi um sufoco [...] Foi um parto muito doído para mim [...] eu, sinceramente, não consigo mais, foi muito ruim [...].

E7: “E eu sentindo dores, sentindo dores [...] Eu achei ruim porque eu fiquei com medo [...] você sente tudo junto. É uma coisa só. Você não vê a hora de acabar, mas ao mesmo tempo é uma dor muito... é uma dor que vale a pena”.

E8: “Eu pensava que seria horrível. A dor, o medo da anestesia [...]. Eles passaram essa confiança para gente [...] uma confiança muito grande”.

E11: “[...] eu achava que não ia conseguir porque já estava muito cansada. Pelas contrações [...]”.

E13: “Mas assim é uma dor que você fica desesperada [...] foi uma coisa assim inexplicável”!

E15: “Eu estava com muito medo. Estava muito nervosa com o que poderia acontecer. Porque eu não tinha experiência com nada de parto [...] eu também estava com medo do parto normal por causa da dor”.

E22: “Negócio de sentir dor, contração atrás da outra[...] então não gostei por causa disso [...] eu não esperava sentir tanta dor assim”.

E27: “Parto normal, eu não tinha essa experiência. Eu tinha só noção pelo que as pessoas falavam, então você vivendo isso é um momento único, porém é bem complicado, né. Mas não pela forma que eu fui tratada no parto, porém pelo parto em si, pelas dores, por esses motivos”.

A dor foi vista pelas mulheres como uma experiência muito desagradável, estando associada a outros sentimentos como desespero, preocupação, nervosismo, cansaço e, principalmente, o medo. Reconhecida como uma sensação que faz parte do processo natural do trabalho de parto, a dor ainda amedronta a maioria das mulheres, gerando tensões que produzem estresse, ansiedade e profundas fragilidades emocionais.

Um estudo qualitativo realizado a partir de entrevistas com 14 puérperas que tiveram seus bebês nos hospitais de Isfahan, no Irã, teve como objeto as experiências das mulheres sobre a dor do parto. De acordo com a pesquisa, a dor do trabalho de parto, apesar de um evento fisiológico, torna o processo de nascimento um momento difícil, gerando um misto de sentimentos e emoções. Os relatos demonstraram que apesar da dor do parto ser acompanhada de sentimentos e estados emocionais, que variam desde o amor até a preocupação e o medo, o nascimento é um processo alegre e positivo. As experiências mostraram também que o enfrentamento da dor, bem como as sensações e emoções que as mulheres experimentaram, foram influenciadas por questões religiosas, pelo apoio recebido pelos profissionais e membros

da família, por fatores culturais e pela transmissão de histórias e más experiências de outras mulheres (BEIGI, et al., 2010).

Ainda que não tenham tido experiências de parto anteriores, algumas mulheres já temiam pela sensação de dor, o que reforça a mistificação social entre a dor e o trabalho de parto. Outras caracterizaram sua experiência de parto como negativa, um evento traumático:

E21: “Eu ouvi algumas coisas de algumas pessoas e fiquei um pouco assustada [...] eu já esperava a dor [...] bastante assustada”!

A dor associada ao parto normal no imaginário das mulheres pode ser um fator que contribui para o aumento do número de cesarianas no Brasil, pois é visto erroneamente como um procedimento que pode livrar a mulher de todo o sofrimento, dado que se trata de um processo mais cômodo para a mulher, estritamente controlado pelo profissional.

E1: [...]tem mãe que não quer sentir dor e prefere a cesárea.

E2: “Não foi tão boa. Achei que poderia ter sido melhor um pouquinho [...] Porque eu fiquei sentindo dor para depois fazer cesariana. Uma coisa que poderia, acho, ter sido visto antes, ter feito antes. Não ia ficar sentindo dor à toa”.

E4: “Eu fui até bem tranquila para cesárea. Vou dizer até que eu preferia mil vezes que fosse cesárea [...] Eu já fui naquela, eu quero cesárea, cesárea [...] Se eu tivesse que escolher cesárea ou parto normal, eu ficaria pela cesárea”.

E19: “[...] No começo eu ficava com medo, queria cesárea. Aí depois eu fui me acostumando com a ideia”.

Uma pesquisa qualitativa realizada a partir de documentos extraídos de um banco de dados do projeto de extensão “Grupos de Gestantes e Casais Grávidos da Universidade Federal de Santa Catarina”, o qual dispõe de documentos datados de março/1996 a junho/2013 teve o objetivo de conhecer os fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. Das 169 mulheres que fizeram cesariana neste período, 16 optaram por este tipo de parto ainda durante o pré-natal por motivos como a influência do médico, a duração prolongada do trabalho de parto e, principalmente, o medo da dor decorrente das contrações e do trabalho de parto demorado. Os discursos descreveram o parto normal como um evento doloroso e prolongado, enquanto a cesárea é um procedimento prático e rápido (COPELLI, et al., 2015).

Nesse sentido, a opção das mulheres pelo parto cesáreo é influenciada por uma cultura intervencionista e “cesarista”, ainda predominante, pautada em interesses econômicos, comodidade e justificativas cientificamente inconsistentes. Ademais, a desinformação da

mulher e a falta de preparo físico e emocional para o parto normal, parece contribuir ainda mais para aumentar o consentimento e a preferência pela cesariana.

Durante as entrevistas, observou-se um despreparo de mulheres para o momento do parto, contribuindo para repercussões hemodinâmicas que dificultam o processo de nascimento e acentuam a sensação dolorosa.

E24: “Eu estava super nervosa. Então eu cheguei lá, gritando que eu não iria conseguir, que eu não era capaz, isso aquilo [...] eu fiquei muito ansiosa, muito estressada, muito nervosa, eu tremia de cima a baixo”.

Um estudo desenvolvido, utilizando dados da pesquisa nascer no Brasil realizada entre 2011 e 2012 teve por objetivo analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços públicos e/ou privados de saúde, levando em conta parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, sua forma de organização e relação com outros serviços do sistema de saúde, bem como o perfil de usuárias dos serviços de pré-natal. A pesquisa mostrou que apenas 41,1% das entrevistadas receberam orientações sobre o parto e as práticas benéficas para o trabalho de parto, sendo a maior parte destas mulheres da região centro-oeste do país (VIELLAS, et al., 2014).

As equipes de saúde no pré-natal e nas maternidades, podem exercer um papel primordial no preparo da mulher para o parto, esclarecendo sobre os seus direitos, como por exemplo o direito à analgesia, e pensando em estratégias conjuntas que contribuam para deixá-la mais calma e promovam o alívio da dor. Segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC (2016), é importante que os profissionais que prestam assistência à mulher desenvolvam habilidades para lidar com a dor e o estresse, garantindo que os cuidados apoiem as escolhas da mulher e amenizem a ansiedade, o nervosismo e o medo da dor, especialmente em mães de “primeira viagem.”

De acordo com Costa e colaboradores (2011), o preparo para o parto o antecede, acontecendo ainda no pré-natal, sendo este período da gravidez um momento oportuno ao desenvolvimento de práticas educativas individuais e/ou coletivas, baseadas em uma relação dialógica e de troca de conhecimentos para a promoção do parto normal, o autogerenciamento do processo de nascimento e desconstrução de um modelo intervencionista e medicalizado.

Pensando na organização do serviço de atenção materno-infantil no Brasil, particularmente no âmbito da saúde pública, a atenção primária, representada pelas Estratégias de Saúde da Família, possui um papel preponderante para a mudança de práticas e melhorias

na vivência das mulheres no trabalho de parto (COSTA et al., 2011). É necessário que as consultas de pré-natal constituam espaços de preparo da mulher e acompanhantes para o parto, respondendo efetivamente aos anseios e necessidades da mulher, esclarecimento de dúvidas, orientações e informações sobre os tipos de parto e oferta de apoio emocional.

As medidas não invasivas oferecem menos danos, sendo mais efetivas na promoção do conforto e alívio da dor (APOLINÁRIO, et al., 2016). É fato que o cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto, as práticas e intervenções realizadas pelos profissionais influenciam o desfecho obstétrico e a satisfação da mulher com o processo de nascimento. O movimento a favor da humanização das práticas obstétricas e redução das intervenções vem ganhando espaço no âmbito da assistência ao parto, demonstrando experiências de nascimento bem-sucedidas. O estudo foi realizado por Baldisseroto, Filho e Gama (2016) a partir de uma amostra extraída da pesquisa “Nascer no Brasil”, teve como objetivo foi avaliar a associação entre a adoção de boas práticas na assistência ao parto normal e nascimento, conforme recomendação da OMS, e a avaliação por mulheres do atendimento recebido, utilizando os dados da pesquisa nacional. Foram selecionados para o estudo todos os hospitais da região sudeste que tiveram 500 ou mais nascimento por ano em 2007 e 90 mulheres de cada hospital, cuja gestação foi de baixo risco e que tiveram parto espontâneo ou induzido. Os resultados mostraram que as mulheres denominaram como boas práticas a presença do parceiro, a privacidade no local de parto, o tempo disponível para fazer perguntas, clareza das informações e o apoio empático recebido pelos profissionais durante o trabalho de parto e parto. A utilização das boas práticas foi avaliada como positiva por 90% mulheres que participaram da amostra.

Nos relatos de experiências de parto positivas, a utilização de medidas não farmacológicas como exercícios, massagens e banhos de água morna, contribuíram para reduzir o nível de estresse e aumentar a satisfação da mulher.

E9: “Foi muito bom. Fui bem atendida. As enfermeiras me atenderam muito bem. Não saíram de perto de mim. Eu estava sentindo dor e estavam ali toda hora. Sempre mandando eu fazer exercícios, tomar banho de água morna, mandaram eu andar muito, para ela poder vir rápido”.

E21: “Fui bem atendida [...] não tenho que reclamar não [...] acho que foi muito tranquilo. Em todo tempo a médica me tranquilizando, fez massagem, falou que era assim mesmo, para eu manter a calma, que ia ficar tudo bem. Eu fiquei bem tranquila”.

O sentimento de satisfação e insatisfação com a experiência de nascimento também estiveram associados ao tempo de evolução do parto. O trabalho de parto mais prolongado foi

associado a sofrimento e insatisfação de mulheres, enquanto as que experimentaram o processo por um período de tempo mais curto, mostraram-se mais satisfeitas.

E1: “Como eu já estava com dez de dilatação não precisaria ter passado por todo sofrimento que eu passei. Porque eu cheguei em um ponto que eu não aguentava mais. Porque ele não ajudava e eu também não tinha mais força para ajudar ele [...] a única coisa que eu mudaria é o tempo de espera que a gestante tem que ter. Porque eu acho que eles têm que avaliar cada caso também. Só isso que eu achei um pouco... que eu não concordei. Porque eu acho que eles deixaram, não só comigo, outras mães também sofrerem [...] eu tive trinta horas de parto normal e dez minutos de cesárea”.

E5: “[...] o que eu passei no normal para mim já foi um sufoco[...] eu estava com as contrações. Já estava começando a vir [...] Assim, ainda faltava muito para chegar a dez. E eu naquele sofrimento, naquele sofrimento [...] eu, sinceramente, não consigo mais, foi muito ruim[...]”.

E6: “[...] A minha bolsa rompeu na quarta feira e eu só fui ter ele na segunda. Perdendo líquido e sangue. E eu fiquei o sábado e o domingo aqui sentindo dor. Essa dor não aumentava e mesmo assim eles forçaram para o parto normal. A minha sorte foi que com o soro consegui ter a dilatação. Eles me colocaram no soro na segunda feira de manhã, aí que ele nasceu. Mas eu senti muito ainda para ter ele e como experiência eu não gostei muito não porque se fosse uma coisa mais de risco assim, sei lá, uma coisa pior, um cordão, alguma coisa pior que tivesse acontecido ele poderia ter morrido. Nem uma ultra bateram, nada do que eu estava falando que estava sentindo adiantou[...] Eu achei ruim porque eu fiquei com medo”.

E22: “Para ser sincera, eu não gostei muito não [...]. Pela demora. Negócio de sentir dor, contração atrás da outra, neném não nascer, se não nascer morre, não nasce. Aí demorou um pouco, então não gostei por causa disso”.

E23: “ Eu acho que esse processo é bem longo do parto normal. Às vezes eu acho que elas já percebem que você não vai conseguir, mas mesmo assim eles tentam, tentam [...]”.

E9: “Foi muito bom [...] Foi rápido. Foi rapidinho. Foi uma coisa que eu não imaginava”.

E20: “Foi melhor porque foi muito rápido. Eu cheguei lá na sala já parindo”.

E24: “Meu parto foi tão rapidinho! Foi muito bom”!

E25: “Foi ótima! Na verdade, foi melhor do que esperava. Foi tranquilo! Eu cheguei praticamente ganhando né. Cheguei aqui eu já estava já em trabalho de parto bem avançado. E assim, foi rápido, fácil, entre aspas né, (risos). Então para mim foi ótimo, foi bem melhor do que eu imaginava”.

Alguns dos depoimentos reforçam a ideia de que o parto não é mais percebido como um evento natural na vida da mulher, sendo visto como um evento que necessita de intervenção médica. Além disso, evidencia certo despreparo da mulher com relação ao evento do nascimento, bem como na condução do seu trabalho de parto. Sobre isso, Leal e outros (2015) afirmam que as mulheres ainda no pré-natal não são informadas sobre as boas práticas, cuidados

obstétricos adequados e benefícios do parto normal, implicando, em despreparo para a auto condução do parto.

A escolha da melhor posição para o parto é caracterizada como uma boa prática de atenção ao parto que deve ser incentivada nos serviços de saúde. Um depoimento demonstrou como esta prática pode influenciar as experiências de parto:

E10: “O fato é que eu preferiria ter parido em uma posição vertical e não foi possível. Não consegui sair da cama porque me colocaram em monitoramento porque eu pedi analgesia. Aí eu estava toda amarrada, cheia de fio, cheia de troço e eu não consegui sair da cama para uma posição vertical e isso dificultou bastante o parto em mim [...] Não me deixaram muito à vontade não. Como eu estava na cama sendo monitorada, mais ou menos ficou meio que imposto que eu teria que ficar na cama [...] Vamos dizer que foi 95% assim. Eu participei. Mas estes 5% influenciaram assim que não foi excelente”.

A analgesia consiste em uma intervenção obstétrica que pode ser solicitada pela mulher, durante o parto, minimizando a dor. A utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos, depende da situação clínica da parturiente. Porém, cada tipo de analgesia requer certos cuidados que podem restringir a mulher para que esta assuma posições de parto que, na sua concepção, são mais confortáveis. Segundo a Conitec (2016) toda gestante submetida à anestesia intramuscular, endovenosa e regional, deverá estar previamente monitorada. Após quinze minutos da analgesia, a gestante é reavaliada quanto à resposta e dependendo do “estado de anestesia” deverá esta permanecer no leito ou então estará sem impedimentos para deambular e assumir a posição que desejar.

Cabe ao profissional orientar a mulher para esses cuidados, esclarecendo-a quanto às prováveis limitações que serão impostas, caso a anestesia seja realizada. É importante também que os membros da equipe avaliem cada caso, permitindo, dentro das possibilidades clínicas, que as mulheres assumam, de fato, o controle do processo de nascimento.

O estudo mostrou que a infusão de ocitocina, como método de indução do trabalho de parto antes do início espontâneo, foi uma intervenção utilizada, inclusive solicitada pelas mulheres para acelerar o processo de parturição:

MARIDO1: “[...] eu acho que existe alguns procedimentos que podem evitar o sofrimento da mãe e do bebê. Acho que tem que ter uma média de quanto de ocitocina [...] Se não evoluir em oito horas tantos por cento, a gente vai para outro procedimento para evitar esse sofrimento [...]”.

E12: “Eu achava que eles teriam que internar mesmo com dois de dilatação. E eles só internam com quatro. E a ocitocina que eles aplicam em alguns casos, em outros casos não[...] Porque

internando com dois e aplicando ocitocina as contrações podem aumentar mais rápido e a pessoa vai dilatando mais rápido. E no caso, tem algumas pessoas que ficam horas para dilatar”.

A indução do parto consiste em uma intervenção obstétrica frequentemente utilizada sem critérios nas maternidades visando estimular o trabalho de parto. Apesar de agilizar o processo de nascimento, a prática da indução requer cautela, com observação das principais indicações e contraindicações a fim de prevenir possíveis complicações. A prática desta intervenção está colocada atualmente na agenda de discussão da humanização do parto e nascimento (LEAL, et al., 2015).

Em uma das falas acima, o acompanhante de uma das mulheres argumentou acerca dos limites da utilização de hormônios indutores a fim de evitar o sofrimento à parturiente, devido às intensas dores provocadas pelas frequentes contrações. Segundo Lemes e outros (2015), é importante esclarecer à mulher sobre a necessidade de indução do parto, seus benefícios e riscos, explorando suas percepções acerca do processo de indução, possibilitando qualificar a assistência obstétrica e melhorar as experiências de parto.

A outra fala, valoriza a utilização dos indutores como método de aceleração do trabalho de parto, traduzindo o pouco esclarecimento das mulheres acerca das principais indicações e das prováveis complicações quando utilizados indiscriminadamente. É fundamental, ainda durante a gestação, preparar a mulher para o processo de parto, esclarecendo sobre os critérios, benefícios e malefícios das práticas obstétricas, tornando o processo de nascimento um evento consciente e cooperativo.

A importância de um membro da equipe de saúde ao lado da mulher, orientando sobre os procedimentos e valorizando, sobretudo, seu protagonismo na hora do parto, ajuda a minimizar o grau de estresse e desconforto ocasionados naturalmente pelo processo da parturição. Além disso, corrobora a realização de uma assistência obstétrica integral, mais centrada nas necessidades e escolhas da mulher (CONITEC, 2016).

7.2.2 Atenção dos profissionais

A assistência oferecida à mulher pelos profissionais durante o trabalho de parto foi um fator que interferiu diretamente sobre a satisfação com o cuidado e na forma como o evento da parturição foi percebido pelas mulheres:

E2: “[...]mais atenção com a gente [...] ainda mais que a gente é mãe de primeira viagem. Mais atenção com a gente, explicar as coisas, a gente não sabe[...] Ter um pouco mais de preocupação com a gente, que ainda mais quando é mãe de primeira viagem que a gente não

sabe o que fazer. Olhar mais vezes a gente e ver quando a gente quer alguma coisa, responder alguma coisa.”

E3: “[...] aqui eu vejo que para o atendimento ainda falta muito[...]. As enfermeiras não perguntavam nem como eu estava. Elas na minha frente. E aí eu passando muito mal, andando para lá e para cá e ninguém nem aí[...] Tem enfermeiro que te trata friamente não só a mim, mas como a outras mães”

E4: “Tem funcionários que são uma benção, tem outros que falam que assim “tem que ser desse jeito” e não te dá nenhuma atenção. Então, eu acho que isso peca um pouquinho [...]”.

E5: “[...] Uns têm atenção com você, outros não têm. Então assim, independente de maternidade, qualquer lugar vai ter. Eu acho isso assim muito triste [...]”.

E6: “Não tenho que reclamar porque fui super bem assistida. Ficaram o tempo todo comigo, me cuidaram. Ela teve uma complicaçãozinha, e eu não sabia, só fiquei sabendo depois”.

E7: “Eu senti muito ainda para ter ele e como experiência eu não gostei muito não [...]nada do que eu estava falando que estava sentindo adiantou [...]”.

E12: “Foi melhor do que eu imaginava [...] a enfermeira foi super paciente, ela tinha toda paciência do mundo, ela vinha, conversava, me ajudava a fazer muitas forças durante as contrações”.

E13: “Foi como eu imaginava [...] as enfermeiras foram super legais comigo. Toda hora conversava comigo [...] até agora não tenho nada para falar daqui. Eu adorei. Desde a hora que eu cheguei até agora”.

E14: “Não tenho o que falar. Foi muito bom mesmo. São muito atenciosos [...] sempre tinha alguém lá para dar um apoio para a gente. Entrava e perguntava se a gente estava precisando de alguma coisa, sempre estava preocupado com o bebê, preocupado comigo, entendeu. Então assim, não tenho o que falar dos médicos e dos enfermeiros”.

E16: “[...] eu acho que fui muito bem atendida. Porque teve isso da enfermeira lá em cima que viu que eu estava querendo parto normal, que me ajudou a conversar com a médica, pediu para ela me examinar antes da cesariana para poder ver se afinal ia mesmo ter como fazer normal, então foi bem atenciosa”.

E17: Tudo me agradou muito. Cara foi muito bom! Muito bom mesmo [...] referente a atendimento, referente a cuidado, referente aos profissionais, referente a pensar na sua saúde e na do seu bebê”.

E27: “ Eu acho que foi da forma que tinha que ser. Até superou minhas expectativas [...] eu lá cheia de dor e assim tendo algumas reações que na hora você não imagina que você vai ter, e as pessoas lá com paciência com você, isso te dá uma segurança imensa [...] o trabalho de parto foi excelente [...]”.

Alguns aspectos foram destacados como relevantes para um bom atendimento como: a atenção dos profissionais para com a dor e o sofrimento; a utilização das boas práticas de atenção ao parto; a presença de um profissional durante todo o processo de trabalho de parto; e

informações contínuas da evolução do parto à mulher e seu acompanhante acerca das intervenções que, porventura, poderiam ser realizadas.

O estudo verificou que, para as mulheres a presença de um profissional ao seu lado durante todo o trabalho de parto e parto contribuiu para aumentar a segurança e confiança, bem como produzir experiências de parto positivas. Há dois aspectos da atenção que se destacam como importantes pelas mulheres: o apoio emocional e a comunicação. Estes dois aspectos quando presentes corroboram para a preservação do sentimento de dignidade da mulher. Em contrapartida, algumas falas revelaram indiferenças dos profissionais para com as necessidades da paciente, demonstrando assimetrias nas relações estabelecidas, implicando em certo prejuízo na qualidade do cuidado obstétrico.

Um estudo qualitativo desenvolvido em um hospital na Suécia com 14 primíparas que tiveram seus filhos de parto normal e com desfechos obstétricos favoráveis descreveu as experiências e reflexões das mulheres sobre o primeiro processo de trabalho de parto. Os resultados demonstraram que o sentimento de confiança é influenciado tanto pelo ambiente da maternidade, bem como pelas relações desenvolvidas entre as mulheres e parteiras; descreveram que a presença de um acompanhante e da parteira ao seu lado, ajudou a lidar com a dor do trabalho de parto; a responsividade dos profissionais foi muito importante na hora do parto; as experiências positivas de parto foram influenciadas pelo apoio dos profissionais às necessidades emocionais, mesmo o nascimento sendo um processo prolongado e com complicações (NILSON, et al., 2013).

O apoio emocional e físico está entre as recomendações gerais da CONITEC conforme explicitado na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Na recomendação “apoio físico e emocional no trabalho de parto”, a Conitec (2016) descreve que todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, tanto por acompanhantes como pela equipe que a assiste, não devendo ser deixada sozinha, ao menos que expresse tal desejo.

A atenção, sensibilidade e o cuidado dispensado pelos profissionais que as acompanham são fundamentais para garantia de uma experiência menos traumática, mais segura e satisfatória, contribuindo para a participação mais ativa das mulheres nos processos decisórios que dizem respeito à sua saúde (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

O parto é um evento singular na vida da mulher, em especial, para primíparas. A primeira gestação gera indagações, dúvidas e medo de algo nunca vivenciado. As experiências

positivas e negativas compartilhadas por outras mulheres, notícias divulgadas pela mídia, geram inquietações, apreensões e ansiedades, exigindo dos profissionais de saúde uma postura compreensiva, acolhedora e de apoio. Proporcionar conforto à mulher em um momento de dor, estresse e ansiedade consiste em um dos maiores desafios da equipe de saúde.

7.2.3 Violência obstétrica

Algumas mulheres associaram sua experiência negativa ao desrespeito dos profissionais durante o trabalho de parto, caracterizado por procedimentos cientificamente não recomendados, comentários inadequados e discursos ofensivos, que geraram constrangimentos e abalos emocionais à mulher. Os relatos caracterizaram práticas, atitudes e posturas desrespeitosas, típicas de um evento denominado “violência obstétrica”, comum em maternidades. Algumas mulheres relataram posturas que, nas suas concepções, foram ofensivas na prestação do cuidado:

E1: “Quarenta semanas, iria completar domingo. Eu fiquei quase duas horas tomando banho para induzir. Aí a dilatação saiu [...] de cinco para seis. Aí estacionou e não saiu dessa dilatação até quase sete da noite. E as dores aumentado, e aumentando cada vez mais. E ele já estava há muito tempo sem líquido amniótico e aí eu comecei a ter sangramento sete horas da noite. Eu comecei a ter sangramento e eles começaram a fazer toques mais continuamente para acompanhar [...] identificaram edema de colo porque fizeram muitos toques. Muitos toques contínuos e muita contração.”

E18: “Aconteceu um fato de eu ter que ir para a mesa de cirurgia às pressas e na hora que estava desinfetando né, para poder começar a me abrir, ela fez um comentário com o anestesista que eu não gostei com relação a dizer que eu estava suja, que eu não tomei banho para ir, que eu poderia ter tomado banho. Eu acho que ela deve ter pensado que eu não estava ouvindo pelo fato de eu estar com dor, mas eu ouvi e me senti mal com o comentário, constrangida”.

Para fins de discussão dos resultados apresentados, as situações de violência obstétrica ferem direitos das mulheres no âmbito dos serviços de saúde (DINIZ, et al., 2015): direito a estar livre de danos e maus tratos; direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas; direito à privacidade e confidencialidade; direito à dignidade e respeito; direito à igualdade, a não-discriminação e à equidade da atenção; direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de qualidade; e direito à liberdade e autonomia.

Os repetidos toques vaginais relatados no depoimento de uma das entrevistadas podem ser procedimentos eventualmente necessários, mas que ocasionam desconforto, aumento da dor, edema de colo - quando realizado sem as devidas precauções - além da violação do direito

à privacidade. A prática do toque vaginal é uma intervenção obstétrica necessária para o acompanhamento e evolução do trabalho de parto, mas que transgredir, em certa medida, a intimidade da mulher. Deve, portanto, ser consentida e utilizada conforme a evolução do trabalho de parto e critérios cientificamente recomendados, de maneira que a dignidade e integridade física da parturiente seja preservada. Um estudo qualitativo realizado na sala de pré-parto de uma maternidade pública na cidade de Recife com 12 mulheres, objetivou conhecer o sentimento do toque vaginal para as parturientes. Os resultados demonstraram que sentimentos como medo, dor, vergonha e constrangimentos apareceram quando da realização do toque vaginal (SANTOS; SOUZA, 2009).

A outra entrevistada apontou a realização de comentários desrespeitosos realizados durante o trabalho de parto que geraram sentimentos de angústia e mal-estar, deixando-a constrangida. É natural que a mulher em trabalho de parto se coloque em uma situação de maior vulnerabilidade, estando mais sujeitas a abusos físicos e verbais, vis a vis a sua condição de saúde, ou seja, de uma pessoa que depende momentaneamente dos cuidados técnicos de uma equipe de profissionais. Segundo Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013) no âmbito das práticas de saúde, a violência se dá entre relações hierárquicas, sendo aqui definida pela relação profissional e paciente. Nesta relação o médico é aquele que detém todo o conhecimento técnico-científico, enquanto o paciente depende destes conhecimentos para o restabelecimento da sua condição física.

As situações de violência suprimem direitos humanos básicos como a dignidade, respeito e autonomia. Toda mulher tem o direito a cuidados de saúde dignos e respeitosos, de ser livre de quaisquer tipos de violência e atos discriminatórios durante a gravidez e o parto (OMS, 2015).

Houve o relato de uma mulher que se sentiu desrespeitada quanto à sua decisão da melhor posição para o parto, o que, segundo ela, contribuiu para dificultar seu trabalho de parto. Segundo a OMS (2015), os procedimentos coercitivos e a recusa em ter seus direitos e escolhas respeitadas podem ser considerados casos de violência obstétrica.

E10: “Olha, questão assim do pré-parto foi exatamente conforme eu esperava. O fato é que eu preferiria ter parido em uma posição vertical e não foi possível. Não consegui sair da cama porque me colocaram em monitoramento porque eu pedi analgesia. Aí eu estava toda amarrada, cheia de fio, cheia de troço e eu não consegui sair da cama para uma posição vertical e isso dificultou bastante o parto em mim [...] Não me deixaram muito à vontade não [...] ficou meio que imposto que eu teria que ficar na cama.

Uma questão que merece ser problematizada é a vitimização da mulher ante à adoção de posturas e atitudes dos profissionais que se fazem necessárias visando o bem-estar do binômio mãe-bebê. A dor, inerente ao processo normal de parto, pode levar algumas mulheres ao auge do estresse físico e emocional, levando as mesmas à tomada de decisões e comportamentos que podem produzir desfechos neonatais ou mesmo maternos negativos.

Portanto, há uma linha estreita entre os supostos “casos de violência” e os procedimentos que são necessários para prestação de um cuidado seguro e livre de maiores danos. É importante a inserção desta problemática na agenda de discussão dos casos de violência, visto que cabe ao profissional zelar não só pela integridade física da mulher, mas também do bebê.

Ressaltando a afirmação acima, uma pesquisa qualitativa desenvolvida em maternidades públicas do estado de São Paulo com 21 usuárias do serviço e 18 profissionais, buscou compreender melhor situações de violência institucional nas maternidades. Segundo o estudo há um limite muito tênue entre o uso da autoridade profissional e a violência obstétrica. Segundo o relato dos profissionais, as atitudes dos membros da equipe e pacientes estão sujeitos a serem interpretados equivocadamente por ambas as partes como um caso de violência, culminando em uma relação truncada com reinterpretação de falas e sentimentos; ressalta que alguns pacientes não colaboram, não se submetem à obediência que lhes é esperada e à dor do parto como uma sensação natural, fazendo com que profissionais utilizem palavras mais ríspidas, ameaças e aumentem o tom de voz, a fim de fazer com que a parturiente colabore no trabalho de parto; a violência foi reconhecida e admitida como uma prática comum por quase todos os entrevistados, apesar da definição e nomeação do que realmente seria violência obstétrica ainda possuir limites pouco esclarecedores (AGUIAR, D’OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2015).

Ainda que existem inúmeras ações em prol da prevenção de práticas obstétricas abusivas, comportamentos desrespeitosos durante o trabalho de parto, que ferem a dignidade da mulher, a OMS ainda legitima a violência obstétrica como um verdadeiro problema de saúde pública, dada a sua dimensão e complexa causalidade (DINIZ et al, 2015).

7.3 Comunicação e Informação

A comunicação é um dos alicerces do cuidado de saúde (WYNIA; OSBORN, 2010), constituindo-se em tecnologia imprescindível para um atendimento resolutivo e de qualidade, capaz de proporcionar uma relação terapêutica positiva entre os profissionais de saúde e a mulher.

Para que esta relação terapêutica seja bem-sucedida entre os membros de uma equipe de saúde e o paciente é importante associar a comunicação ao desenvolvimento de habilidades interpessoais que abrangem a coleta adequada de informações, aconselhamento adequado, orientações terapêuticas e o estabelecimento de relações de cuidado (HA; ANAT e LONGNECKER, 2010). As habilidades da comunicação e as relações interpessoais são indissociáveis na prática do cuidado centrado na pessoa.

Foram frequentes os relatos que demonstraram descontentamentos com relação à comunicação/ informação, variando entre as maternidades, com maior predominância em umas do que em outras. A evidência desta problemática apontou para a criação da categoria “comunicação e informação”:

E26: O problema maior daqui é a comunicação de um plantão para outro. Você tem que explicar 50 vezes tudo que aconteceu [...] só tá faltando isso, comunicação. Você saber que ele está bem, você não falar com paciente, o paciente também não vai perguntar porque também não sabe. Como é que eu vou fazer uma pergunta de uma coisa que eu também não sei”.

Fica claro que a comunicação representa ainda uma barreira a ser ultrapassada nos serviços de saúde, sendo um fator que muito interfere na qualidade do cuidado. A ausência de uma comunicação efetiva fragiliza as relações entre profissionais de saúde e a mulher, ocasionando instabilidades emocionais; relações assimétricas relacionadas ao conhecimento e a tomada compartilhada de decisões; e pouca participação no trabalho de parto e cuidado pós-parto, o que aumenta a vulnerabilidade da mulher nos serviços de saúde.

Em contrapartida, de acordo com Ha, Anat e Longnecker (2010), os benefícios de uma comunicação efetiva são: estabelecimento de uma boa relação interpessoal; inclusão dos pacientes na tomada de decisão informada; facilidade no intercâmbio de informações; equilíbrio das emoções e melhor percepção das diferentes necessidades do paciente; maior satisfação com o cuidado e adesão terapêutica; dentre outros.

Observou-se que as principais queixas relacionadas à comunicação estavam no âmbito das informações e das relações, optando pela gênese de quatro subcategorias, sendo tais: “esclarecimentos/orientações” definida por explicações/ informações acerca dos cuidados e práticas empregadas; “empatia” - caracterizada pela capacidade de se colocar no lugar do outro, demonstrando receptividade e respeito pelas situações apresentadas; “comunicação entre profissionais”, relação estabelecida entre os membros da equipe e; “compartilhamento de decisões”, definida pela participação da mulher e familiares nos processos decisórios.

7.3.1 Esclarecimentos e orientações

Os depoimentos revelaram a despreocupação e desinteresse de alguns membros da equipe em informar as mulheres sobre as condutas e procedimentos realizados no trabalho de parto e no pós-parto, apontando para uma relação fragmentada, hierarquizada e com assimetrias de poder e conhecimento. Este tipo de relação suprime o protagonismo da mulher, suscitando experiências negativas da parturição:

E2: “[...] mas de mais informações. Porque eu estou aqui e até agora ninguém veio aqui falar comigo como que dá banho no meu filho, na minha filha. Ninguém fala nada. Estou esperando aqui. Não sei se ela está sentindo alguma coisa, já pedi para chamar, mas ninguém vem [...] ainda mais que a gente é mãe de primeira viagem [...] quando eu fui para cesariana, não explicaram o porquê. Só me chamaram e mandaram eu ir fazer cesárea. Ela explicou que tinha que induzir o parto, que eu não estava conseguindo sentir dor, mas quando mudou para cesárea ela não falou mais nada, não explicou o porquê”.

E2: “Mais atenção com a gente, explicar as coisas, a gente não sabe [...] o que a gente vai passar, o que a gente está passando aqui, o que a gente vai fazer, de outra forma, como a gente tem que fazer [...] só pedir para ter um pouco mais de informação, ter um pouco mais de preocupação com a gente, que ainda mais quando é mãe de primeira viagem que a gente não sabe o que fazer. Olhar mais vezes a gente e ver quando a gente quer alguma coisa, responder alguma coisa”.

E3: “Aqui eu estou fazendo vários exames e até agora não tenho resultado de nenhum exame [...] ninguém senta comigo e esclarece esses exames. Se eu não perguntar [...] eu tenho que perguntar [...] eu acho que tem que ter mais sensibilidade, conversar mais, esclarecer mais. Tem mãe que é de primeira viagem e não sabe [...] as coisas não ficaram muito esclarecidas para mim”.

E6: “[...] sentar comigo e conversar sobre, eu não tive ninguém. Eles passavam assim por auto [...] Mas eu lia muito. Tudo eu pegava. Tudo que era artigo eu lia [...] Teve uma também que quase arrancou o bico do meu peito para ensinar a dar mamar a ela. De pegar o bico do meu peito e enfiar na boca dela. Ou eu ficava sem peito ou ela ficava com o bico dentro da boca dela”.

E7:” Senti falta de pessoas, profissionais que fossem dar mais informações sim. Porque não são todos, sei lá, que nasceram para fazer aquela coisa, aquele tipo de função [...] informação que é no caso o pré-natal. O pré-natal é o mais importante”.

E26: “[...]A amamentação não foi nem comentada sobre o assunto, como seria, como deveria ser. Orientações sobre o parto, zero também. Orientações zero [...] falta uma atenção maior, uma comunicação. O que está faltando aqui é uma comunicação entre o profissional e o paciente.”

De forma bastante clara ficam evidenciadas lacunas na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. As principais queixas estão relacionadas à falta de orientações com relações às condutas e procedimentos adotados durante a evolução do parto; ausência de suporte nos cuidados com o recém-nascido e amamentação; e falta de esclarecimentos quanto aos

exames realizados. Segundo a Conitec (2016) é direito da mulher o acesso a informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões.

Os dados desse estudo são semelhantes ao de um estudo qualitativo exploratório realizado com vinte e quatro parturientes de três centros governamentais de treinamento médico no Irã teve o objetivo de explorar as necessidades, valores e preferências da parturiente iraniana durante o parto normal. Os dados provenientes das entrevistas resultaram em sete categorias que indicavam as principais necessidades das mulheres durante o trabalho de parto, dentre as quais a necessidade de informação sobre o ambiente, processo de trabalho de parto, plano de cuidados e procedimentos e aspectos práticos básicos de cuidado para si e seu bebê (IRAVANI, et al., 2015).

Uma comunicação não efetiva incorre em informações insuficientes. Por sua vez, informações insuficientes comprometem a qualidade da assistência, implicando em déficits na segurança e no apoio ao autocuidado, sendo este último um princípio do cuidado centrado na pessoa. O apoio ao autocuidado é definido como o apoio oferecido as pessoas para que reconheçam e desenvolvam suas habilidades e competências, a fim de conquistarem uma vida independente e plena (HEALTH FOUNDATION, 2014). Explicações insuficientes resultam em incompreensões do paciente quanto aos cuidados e a falta de consenso entre o profissional e o paciente contribui para um desfecho terapêutico desfavorável (HA; LONGNECKER, 2010).

Considerando a negação do direito à informação e as três premissas que conformam o cuidado centrado na pessoa apontados por Donald Berwick, “as necessidades do paciente vêm primeiro”, “nada sobre mim sem mim” e “todo paciente é único”, é possível afirmar que o cuidado centrado na pessoa, apesar de já ter demonstrado bons resultados na assistência à saúde, ainda representa um grande desafio a ser superado nos serviços de saúde.

Em compensação, o acolhimento das necessidades da mulher, cooperou para experiências de parto bem-sucedidas, produzindo sensações de tranquilidade, conforto e satisfação:

E14: “Desde o pré-natal né, cegonha carioca, que a gente começa tudo até aqui foi tudo muito bem esclarecido, muito bem explicado. Tanto a parte do parto, até a amamentação [...] Sempre tinha alguém lá para dar um apoio para a gente, entrava, perguntava se a gente estava precisando de alguma coisa, sempre estava preocupado com o bebê, preocupado comigo, entendeu. Então assim, não tenho o que falar dos médicos, dos enfermeiros”.

E15: “Todo mundo assim carinhoso, atencioso, tira as dúvidas o tempo todo”.

E24: “Na verdade, eu gosto muito de perguntar. Eu sou muito curiosa e como é a primeira vez, eu saí perguntando tudo. Então assim, tudo que eu tive dúvidas com relação aos gases do meu neném, a esse líquido amniótico que ficou nele agora porque eles não estão mais fazendo a retirada. Todas as minhas dúvidas foram solucionadas, foram resolvidas, graças a Deus. Até ajuda em banho, em coisas mais simples, eu tive. Não tenho do que reclamar em relação ao atendimento que eu estou tendo”.

E25: “Foi tudo muito bem explicado, muito bem encaminhado [...] Tiraram todas as minhas dúvidas, eles me explicaram. Até coisas que eu não tive dúvidas eles me explicaram. Então assim, para mim foi muito fácil, muito tranquilo porque eu achei que ia ser bem pior assim, eu imaginava que era bem pior”.

Os relatos deixam claro que a comunicação é, sem dúvida, um elemento que influencia a satisfação da mulher com o trabalho de parto. Disponibilizar informações acerca do processo e das práticas realizadas, inserir a família ou acompanhante permite que a mulher exerça um controle maior da situação, tornando o trabalho de parto menos estressante e mais colaborativo para ambas as partes. Além disso, a garantia de esclarecimentos e informações sobre sua condição de saúde está no âmbito dos direitos das pacientes, enquanto os meios para provê-las, consiste em um dever do profissional que as assiste.

Uma revisão sistemática, baseada em uma pesquisa maior já desenvolvida, e apoiada na colaboração Cochrane, bem como no NHS Center for Review and Dissemination Guidelines, analisa as evidências sobre os determinantes de satisfação materna em Gana, Malawi, Nigéria e Irã. Os participantes para a revisão incluíram mulheres de países em desenvolvimento que demonstraram sua satisfação com a utilização dos serviços de assistência materna, incluindo pré-natal, intraparto e pós-parto. Os determinantes encontrados foram organizados de acordo com o arcabouço proposto por Donabedian: estrutura, processo e resultado. O “apoio cognitivo”, foi classificado como um determinante crítico de satisfação, que faz parte do processo de cuidado materno. A “prestação do apoio cognitivo” ocorre através de uma comunicação mais efetiva, em que profissionais de saúde partilham com as mulheres sobre sua condição e os cuidados que são necessários. O processo de comunicação das informações, a decisão compartilhada e mecanismos transparentes de registro do feedback foram aspectos destacados no suporte cognitivo. O estudo destacou ainda que as mulheres que receberam informações durante a prestação de cuidados maternos, sentiram-se mais envolvidas no cuidado, o que contribuiu para sua satisfação (SRIVASTAVA, et al., 2015).

A utilização de mecanismos e estratégias que subsidia o processo de comunicação, em certas ocasiões se faz necessário, a fim de favorecer uma melhor compreensão e interpretação pelo paciente das informações repassadas pelos profissionais de saúde. A não utilização destas

medidas pode comprometer a participação do paciente nas decisões referentes ao seu tratamento, os resultados da assistência e a segurança tanto da mãe quanto do bebê, além de suscitar provável desgaste emocional gerado pela incapacidade de implementar os cuidados de saúde que são necessários:

E6: “[...] Tem algumas pessoas que vem, fazem o seu serviço e você não entende nada. Ela entrou e saiu e não entendi nada. [...] aí a gente tem que pegar e entrar no Google para saber o que que é, o que ela tem, para saber o que tem que fazer, para saber como que é o tratamento, porque a pessoa não sabe te explicar”.

Não restam dúvidas que problemas de comunicação interferem negativamente no cuidado de saúde, seja nos desfechos clínicos, na efetividade do tratamento, no aumento dos custos decorrentes de danos ao paciente, na participação do paciente nas decisões e na qualidade e segurança do cuidado. Manter uma comunicação centrada no paciente constitui uma importante estratégia para eliminar e/ou reduzir os problemas de comunicação ainda existentes. A comunicação centrada no paciente pode ser entendida como uma comunicação, em que o profissional busca compreender as perspectivas do paciente sobre a sua condição de saúde levando em conta o seu contexto psicossocial e cultural, valorizando os seus problemas e respeitando as suas decisões acerca do seu tratamento (HOPPE e KING, 2013). Wynia e Osborn, (2010) dizem que os membros de uma equipe de saúde têm a responsabilidade de repassar informações aos pacientes, conforme seu grau de entendimento, utilizando-se de mecanismos que favoreçam a compreensão e entendimento acerca da sua condição de saúde, aumentando sua participação nas decisões.

7.3.2 Comunicação entre profissionais

Um outro ponto de destaque no estudo abordado pelas mulheres foram os conflitos entre os membros da equipe que culminava em falta de coesão nas decisões profissionais referentes ao cuidado da mulher:

E4: “[...] eu fiquei deitada né, terminando o procedimento e eu ouvindo um atrito que eu não sei o que que foi. Se foi equipe médica, se foi pediatra, eu sei que tinha um atrito ali entre eles porque falaram que toda vez que trabalhavam com essa pediatra tinham problema na equipe e coisa e tal. Me assustaram. Tanto, eu acho, que a enfermeira ou médico até falaram que iam registrar porque acabou deixando a paciente nervosa sem necessidade”.

E8: “Todo dia é um médico diferente, sabe. Se a gente pudesse ficar sempre com aquele pediatra, porque um fala uma coisa em um dia e outro já fala uma coisa no outro [...] Porque tem hora que a gente fica perdida, perdida [...] Eu senti isso. Porque eu fiquei meia perdida nisso. Eu pedia explicação de uma coisa aí ela falava. Aí a outra no dia seguinte já falava outra coisa. E a gente acaba se perdendo [...] a gente sempre fica com uma dúvida. A gente sempre

fica...só que a gente acaba até com medo de falar com o profissional porque tem uns que são horríveis[...]”.

E19: “Todo dia vem um médico diferente e a gente tem que ficar explicando todo dia as mesmas coisas. Aí, às vezes, um fala que quer dar alta, aí já vem outro dia o outro já fala que não vai dar alta que não sei o quê. Cada um tem uma opinião diferente [...]”.

E26: O problema maior daqui é a comunicação de um plantão para outro. Você tem que explicar 50 vezes tudo o que aconteceu tão descrito, que você tem que explicar toda vez 50 vezes tudo o que aconteceu. Aí, às vezes, quando você pega plantões com pessoas que você já conhece, como eu fiquei cinco dias aqui dentro, você acaba em um plantão e outro, e aí você acaba pegando pessoas que já te viram antes, então você não precisa mais explicar. Você só explica sua evolução para ela”.

Os relatos demonstraram que quando não há uma comunicação efetiva entre os profissionais, não é possível estabelecer uma conduta terapêutica única, com objetivos comuns e centrada nas reais necessidades da mulher. O’Daniel e Rosenstein (2008) denominaram de colaboração no cuidado de saúde, a cooperação entre os profissionais que assumem papéis complementares, compartilham responsabilidades e elaboram planos terapêuticos compartilhados, com ações focadas em um único objetivo que é a resolução dos problemas do paciente. A colaboração entre todos os membros de uma equipe facilita a melhoria contínua na tomada de decisões.

Fica claro nos relatos, que a falta de comunicação entre os profissionais repercute diretamente na satisfação da mulher, gerando sentimentos como dúvidas e insegurança. Algumas entrevistadas admitiram sentirem-se perdidas e incomodadas pelas diversas vezes em que se viram compelidas a repetir sua história obstétrica aos diferentes profissionais que as abordavam.

A qualidade do cuidado e a segurança também ficam comprometidos quando existem lacunas na comunicação, visto que não há uma continuidade da assistência, comprometendo o desfecho terapêutico. Segundo Keller e outros (2013), a qualidade do atendimento melhora quando os membros da equipe trabalham em colaboração para compartilhar suas perspectivas de cuidado em prol unicamente do paciente, além de promover maior eficiência e satisfação tanto dos pacientes quanto dos próprios membros da equipe de saúde.

O problema da comunicação interprofissional sugere alguns aspectos: fragilidade dos vínculos estabelecidos entre os membros da própria equipe, cooperando para uma assistência pulverizada, centrada isoladamente nas atribuições de cada profissional; pouca valorização das anotações contidas nos prontuários e/ou outros instrumentos utilizados para comunicação; falta de

atenção nas passagens de plantão; não realização de reuniões multiprofissionais para discussão do caso; e ausência ou fragilidade de lideranças.

7.3.3 Empatia

A empatia clínica pode ser definida como a habilidade profissional de imaginar como um indivíduo se sente, focar a atenção no paciente, tentando compreender o que está experimentando, não exigindo necessariamente a introspecção de sentimentos (HALPERN, 2003). Ou seja, envolve um componente mais cognitivo e menos emocional.

De acordo com Derksen, Bensing, Lagro-Janssen (2013), a empatia também pode ser definida em mais três níveis: atitude, cognitivo e comportamental. A atitude empática refere-se à afetividade, estando pautada nos padrões morais que o profissional constrói em sua vivência pessoal e no próprio processo de socialização. Inclui o reconhecimento das emoções e condições de vida vivenciadas pelo indivíduo; já o nível cognitivo empático inclui habilidades verbais e não verbais da comunicação, capaz de entender, apoiar e refletir sobre as percepções, sentimentos e desejos do paciente. A junção do componente afetivo com o cognitivo resultará em um comportamento empático caracterizado pela construção de relações de confiança e mais duradouras.

Uma relação empática fortalece vínculos e aumenta a confiança, produzindo bons resultados terapêuticos. Segundo Halpern (2003) existem evidências crescentes de que a empatia contribui para aumentar a confiança, a comunicação entre médicos e pacientes e a eficácia de tratamentos. Além disso, a comunicação empática engajada está associada a melhores resultados fisiológicos e diminuição do estresse e da ansiedade.

Uma revisão de literatura sistematizada buscou explorar a eficácia da empatia na prática médica em geral, a partir de estudos contendo dados empíricos sobre a experiência do paciente no atendimento com médicos em unidades básicas de saúde. A partir dos estudos encontrados, a pesquisa mostrou que a empatia na comunicação médico-paciente foi descrita como um elemento que melhora a satisfação e adesão dos pacientes, diminui a ansiedade e angústias, melhora os resultados diagnósticos e clínicos, além de capacitar o indivíduo para tomada de decisões (DERKSEN, BENSING, LAGRO-JANSSEN, 2013).

A empatia é um componente básico das relações interpessoais, capaz de aprimorar o vínculo entre profissionais e pacientes, contribuindo para aumentar a qualidade do cuidado (MERCER; REYNOLDS, 2002). É um sentimento importante para que uma comunicação efetiva seja desenvolvida e uma assistência resolutiva seja implementada, baseada nas reais necessidades apresentadas pela mulher.

O estudo evidenciou fragilidade nas relações, caracterizada pelo desinteresse dos profissionais em oferecer suporte às mulheres nas suas necessidades, aparecendo nos depoimentos características como frieza, falta de sensibilidade e pouco preparo dos profissionais:

E3: “As enfermeiras não perguntavam nem como eu estava. Elas na minha frente E aí eu passando muito mal, andando para lá para cá e ninguém nem aí [...] A pediatra dele teve uma gafe em um comentário que ela fez falando que eu tive azar por ele ter nascido assim (choro). Eu estou fazendo até essa pesquisa para falar mesmo o que eu estou passando aqui. Entendeu?! E a primeira noite que ele teve que ficar na luz que era naquele bercinho, era uma luz diferente, era a mesma, mas era um aparelho diferente. Ele chorou a noite inteira, o umbigo inflamou nenhum enfermeiro me deu um suporte. Eles ficam, sabe... como eles te tratam com frieza. Não são todos os enfermeiros, é plantão. Aí ela ameaçou de pegar meu filho e pôr na UI. Aí eu falei: “eu não estou te pedindo isso, eu estou pedindo para você me ajudar, ele está chorando muito. Ele tem microcefalia, eu não sei o que está se passando na cabeça do menino. Ele chorou uma noite inteira. Eu estou te pedindo ajuda. Eu não estou te pedindo crítica.” Depois veio me falar que estava brincando [...] eu pensei que poderia ter mais sensibilidade dentro do hospital [...] em alguns momentos o que me deu conforto foi algumas enfermeiras chegarem e tipo assim me darem palavras de conforto, entendeu”.

E4: “[...]tem horas que você está fragilizado que queria um pouquinho mais de tato para poder falar com as pessoas. É bom entendeu?! E eu acho que isso ajuda bastante. Uma melhor capacitação, acho que dos funcionários seria melhor neste acolhimento. Não estou generalizando, dizendo que são todos, mas tem umas exceções ali que te machuca entendeu”.

E5:” Poxa, lá embaixo teve um acontecimento que eu estava com soro e eu estava sozinha nesse dia que ele teve que buscar meu pai e minha mãe lá em casa. Aí eu peguei e fiquei sozinha com ele. Nisso ele começou a chorar. Aí a enfermeira virou para mim e falou assim - põe ele aí e deixa ele chorar. Achei isso um absurdo. Porque não é filho dela. Achei isso um absurdo. - Deixa ele chorar, deixa ele aí chorando. Então assim, é coisas que você, sabe, vai escutando, vai enchendo seu saco”.

E26: “O constrangimento de uma delas até falou assim “você tem que amamentar, você não está amamentando direito, você não está conseguindo fazer”. Não é que você não está conseguindo fazer, seu filho está gritando, como é que você vai ter estrutura emocional para o seu filho gritar e você ter leite. Isso não existe. Isso não existe em lugar nenhum, não tem como você ter estrutura psicológica com seu filho gritando. Aí ela ainda vem dizer que você não está conseguindo. Claro que você não está conseguindo, isso é lógico. Qualquer uma sabe disso. Aí depois ela veio porque ela me viu chorando, aí ela veio - não, é assim mesmo, confia em mim eu já tenho muitos anos de casa. Você vai conseguir. Mas depois de ter me constrangido primeiro. Pelo fato de eu ter vindo chorando que ela veio tentar se justificar de uma certa maneira”.

O comportamento hostil de alguns profissionais, demonstrando indiferença e desinteresse pelas necessidades da mulher, evidenciou falta de empatia nas relações, repercutindo em experiências negativas de cuidado obstétrico. Algumas mulheres até admitiram se sentir fragilizadas, machucadas e constrangidas com a negligência e/ou omissão por parte de

alguns profissionais. Segundo Mercer e Reynolds (2002), a empatia em qualquer relação terapêutica tem três objetivos comuns: disponibilizar uma comunicação interpessoal de apoio, a fim de compreender a percepção das necessidades de um paciente; capacitar o paciente, ajudando-o a lidar com o seu ambiente; e auxiliar o paciente a minimizar ou resolver seu problema.

A empatia, como um princípio do cuidado centrado na pessoa, promove uma comunicação interpessoal de apoio, dando a oportunidade para que as mulheres expressem livremente suas percepções, dúvidas e sentimentos, permitindo a realização de um plano de cuidado mais efetivo, centrado em suas necessidades. Na medicina é geralmente conceituada como uma competência ou habilidade da comunicação (DECETY; FOTOPOLU, 2015) e sua prática subsidia a tomada de decisão compartilhada e a busca de alternativas baseada nas preferências do paciente.

A capacidade de alguns membros da equipe compreender a mulher, acolher suas angústias e dúvidas, respeitar a dinâmica do seu corpo no trabalho de parto, expressando preocupação e interesse em auxiliá-la nas suas necessidades, coopera para aumentar sua satisfação, nível de bem-estar e conforto no processo de nascimento:

E21: “Em todo tempo a médica me tranquilizando, fez massagem, falou que era assim mesmo, para eu manter a calma, que ia ficar tudo bem. Eu fiquei bem tranquila [...] a médica que fez meu parto, uma ótima pessoa, me tranquilizou o tempo inteiro, fez massagem, sempre falando - quando vier a dor, você avisa - me incentivando, eu adorei.”

Conforme exemplificado, resulta em satisfação da mulher o apoio emocional durante o trabalho de parto dispensado por profissional, capaz de estabelecer um comportamento empático, definido como a “resposta comunicativa para transmitir a compreensão da perspectiva de outra pessoa” (MERCER; REYNOLDS, 2002).

7.3.4 Compartilhamento de decisões

No contexto de transformações das práticas, ora centralizadas quase sempre na figura do profissional, a tomada de decisão compartilhada representa um dos pilares do cuidado centrado na pessoa, fundamental para promover a melhoria da qualidade do cuidado.

É fato que ainda existe uma cultura institucional unilateral, mas nas últimas décadas tem sido cada vez mais valorizado nos serviços de saúde, o compartilhamento de decisões entre profissionais e pacientes (FRIED, 2016). É importante que uma boa comunicação seja desenvolvida, de modo que a pessoa seja informada, utilizando-se de informações de alta qualidade para que as escolhas que, porventura, venham a ser feitas estejam em conformidade

com seus valores e preferências. O diálogo e a escuta qualificada auxiliam os membros da equipe na consideração das opções terapêuticas que melhor atendam a mulher, cabendo a ela a escolha final.

A decisão compartilhada pode ser definida como uma abordagem em que profissionais de saúde e pacientes partilham as melhores evidências disponíveis, ao invés de considerar apenas as decisões dos profissionais isoladamente. Neste processo o paciente é apoiado a escolher, dentre as melhores evidências, a que melhor atenda às suas necessidades (ELWYN, et al., 2012). A utilização de informações apoiadas em evidências contribui para aumentar a confiança e a segurança do cuidado:

E16: “[...] uma é que realmente as opiniões, as coisas que os médicos te digam sejam fundamentadas do tipo... porque eu tenho medo que as pessoas estejam, sei lá, tenham algum preconceito com as suas decisões ou alguma coisa, um pé atrás que de alguma maneira está te falando uma coisa por outro motivo que não as melhores evidências médicas. Então assim, deixar as evidências claras é bom.”

Segundo Elwyn e outros (2012), duas tarefas são de grande importância na decisão compartilhada: 1) o fornecimento de informações de alta qualidade; 2) apoiar os pacientes ante as opções disponíveis.

Uma revisão de literatura objetivou explorar a importância do compartilhamento de decisões em todas as circunstâncias clínicas, independentemente de haver ou não evidências suficientes e de alta qualidade. Nos casos em que só estavam disponibilizadas evidências insuficientes e de baixa qualidade, as decisões clínicas foram baseadas fundamentalmente nas preferências dos pacientes. O estudo mostrou que o compartilhamento de decisões não se justifica pela complexidade das circunstâncias clínicas, mas pelo respeito à autonomia do paciente, promovendo o protagonismo do indivíduo por meio de sua participação e envolvimento nas propostas terapêuticas relacionadas a sua saúde, independentemente da quantidade e nível da evidência existente. Além de fortalecer o vínculo entre profissionais e pacientes, aumentou o sentimento de confiança na relação, promovendo uma aceitação mais consciente da incerteza que vem do compartilhamento de decisões entre profissionais e pacientes (BRADDOCK, 2012). Ou seja, as altas evidências clínicas subsidiam, melhoram a qualidade dos resultados clínicos e são importantes no compartilhamento de informações, mas não produzem certezas quanto à melhora da condição de saúde de um indivíduo. Portanto, em situações de alta ou baixa evidência, o compartilhamento de decisões é fundamental.

A tomada de decisão compartilhada, ainda hoje, representa um grande desafio tanto no serviço público quanto no privado, apesar do movimento que há em prol da sua valorização.

Alguns relatos demonstraram que na prática dos serviços de saúde, o envolvimento das pacientes no compartilhamento das decisões ainda não é tão valorizada como uma medida que pode aumentar a sua satisfação, produzindo experiências de cuidado positivas e melhores resultados terapêuticos.

E2: “[...] *Só me chamaram e mandaram eu ir fazer cesárea. Ela explicou que tinha que induzir o parto, que eu não estava conseguindo sentir dor, mas quando mudou para cesárea ela não falou mais nada, não explicou o porquê.*”

E26: “[...] *meu médico não faz parto normal e eu não queria uma cesárea [...] Ele só faz cesárea, ele não te dá outra opção [...] Então eu teria que procurar uma outra alternativa e como minha bolsa estourou às duas e meia da manhã a alternativa foi correr para o primeiro hospital que tinha mais próximo.*”

Para que haja a decisão compartilhada, é importante a interação entre os profissionais de saúde, a mulher e seu acompanhante, informando-os sobre seu estado clínico e as possíveis intervenções, para que juntos possam decidir sobre a melhor opção a ser utilizada. Segundo Nieuwenhuijze e outros (2014), o envolvimento das mulheres nos processos decisórios não se trata de um processo linear, mas adaptado aos seus desejos, conforto e preferências, em conformidade com a sua situação clínica.

Os benefícios do uso da tomada de decisão compartilhada são estendidos para os pacientes, profissionais e para o próprio sistema de saúde. São eles: aumento do conhecimento do paciente sobre seu estado clínico, redução da ansiedade, melhores resultados de saúde, diminuição de custos e maior alinhamento de cuidados com os valores dos pacientes (LEE; EMANUEL, 2013).

O envolvimento das parturientes na tomada de decisão mostrou ter um efeito benéfico nas suas experiências de parto e na satisfação com o cuidado (NIEUWENHUIJZE, et al., 2014). O estudo mostrou que quanto maior a abertura que se dá para que mulheres participem das decisões relativas ao cuidado à sua saúde, mais satisfeitas ficam com os resultados:

E24: “*Me deixaram completamente à vontade no quarto. Falaram que o parto seria humanizado e eu teria que fazer tudo por conta própria [...] Quando eu falei para eles que estava saindo, independente de estar com dilatação suficiente ou não eles falaram - então vamos para a sala de parto que você vai fazer força de acordo com a vontade que você tiver. Me deixaram super a vontade.*”

E27: “*Tudo que antes de ser feito eles levavam ao meu conhecimento antes para que eu pudesse autorizar ou não [...] então quanto ao meu atendimento aqui foi excelente.*”

E16: “*Foi uma escolha minha mesma. Eu estava pesquisando, lendo a respeito e vi que as vantagens eram maiores para o parto normal, as chances de complicações são menores [...] Teve isso da enfermeira lá em cima que viu que eu estava querendo parto normal, que me*

ajudou a conversar com a médica, pediu para ela me examinar antes da cesariana para poder ver se afinal ia mesmo ter como fazer normal, então foi bem atenciosa.”

Há relatos de mulheres que fizeram pré-natal na rede pública e cuja preferência de parto seria a cesárea, mas, segundo elas, no Sistema Único de Saúde os partos são geralmente normais, sendo as cesáreas realizadas em último caso. Por outro lado, há mulheres que fizeram pré-natal na rede privada e procuraram o Sistema Único de Saúde para realizarem o parto normal, sob a alegação de que seus médicos não realizam parto normal:

E4: “Eu não tive problema nenhum não. Eu fui até bem tranquila para cesárea. Vou dizer até que eu preferia mil vezes que fosse cesárea [...] Eu já fui naquela, eu quero cesárea, cesárea [...] Se eu tivesse que escolher cesárea ou parto normal, eu ficaria pela cesárea.”

E16: “Eu fiz acompanhamento com uma médica do plano de saúde, particular, pelo plano, mas só vim para cá para ter mesmo [...] O que eu queria mesmo era normal. Minha médica até falou que faria, mas aquela coisa, é muita intervenção também. Porque se você demorar muito em trabalho de parto, aí a pessoa não tem muita disponibilidade [...] eu fiz acompanhamento pelo plano. Eu também não perguntava muita coisa para ela porque também eu já tinha um pouco de receio que a visão que ela tinha de parto não fosse simplesmente a que eu queria”

E25: “Minha bolsa estourou e eu estava próximo e vim e também porque meu médico não faz parto normal e eu não queria uma cesárea [...] ele só faz cesárea, ele não tem outra opção”.

Os relatos suscitam questões no que se refere à escolha da mulher quanto ao tipo de parto. Os altos números de cesarianas realizadas fizeram com que houvesse a implementação de medidas a fim de evitar a realização de procedimentos cirúrgicos sem considerar a utilização de evidências clínicas quanto à sua real necessidade. Por outro lado, a imposição de critérios nos serviços públicos faz com que o tipo de parto seja imposto às mulheres com a realização de cesárea apenas em último caso. Já no âmbito privado também fica apresentado à mulher o parto cesáreo como única opção, sem considerar seus desejos e preferências.

Ainda que as evidências demonstrem que o parto normal, com o mínimo de intervenções médicas contribua para diminuir a morbimortalidade materno-infantil, contribuindo para desfechos obstétricos mais positivos, é importante, em certa medida, dar o poder de decisão à mulher, zelando sempre e acima de tudo pelo bem-estar do binômio mãe-bebê. Cabe aos profissionais que atuam nos serviços de saúde, orientá-las com relação aos benefícios e malefícios de cada parto, ao mesmo tempo permitindo-a decidir qual o tipo de parto que lhe deixa mais segura e confortável - e isso envolve além de meras condições físicas maternas. Supõe-se que a comunicação baseada no diálogo esclarecedor e aberto, em que se permite à mulher expor seus medos, preocupações e anseios, com o profissional apresentando o que é mais indicado em cada caso – decisões personalizadas – seria uma alternativa para aumentar o número de experiências de parto mais bem-sucedidas.

Uma revisão sistemática, buscou identificar e avaliar os estudos cujos critérios de elegibilidade incluíam ensaios controlados randomizados que relatavam o subsídio dos profissionais no processo de decisão às gestantes e os seus efeitos nos resultados obstétricos clínicos e psicossociais. Após revisões e seleção dos estudos, foram aproveitados onze que avaliavam medidas de decisões com relação à pré-natal, tipos de parto e analgesia de parto. Os resultados mostraram que os auxílios às decisões estiveram relacionados a efeitos obstétricos positivos como a redução da ansiedade, menos conflito decisório, melhor esclarecimento, maior satisfação e percepção de ter uma escolha informada (SAY, ROBSON, THOMSON, 2011).

Apesar dos benefícios reconhecidos da tomada de decisão compartilhada como por exemplo o reconhecimento e valorização das preferências da paciente nas decisões referentes à sua saúde, baseada nas melhores evidências apresentadas, pode haver uma tendência do profissional à desresponsabilização para com os resultados do tratamento. É imperioso esclarecer que apesar do envolvimento da paciente nas escolhas, cabe ao profissional orientá-la e esclarecê-la acerca das consequências referentes à sua decisão, preservando princípios éticos e zelando sempre pela integridade física e segurança da mulher e do bebê. Consiste em uma espécie de negociação terapêutica dinâmica e compartilhada, não apenas de decisões, mas também de responsabilidades.

Enfim, a participação nos processos decisórios foi citada como um dos aspectos que mais importa, na concepção das mulheres, para que ocorra desfechos obstétricos favoráveis com experiências de parto positivas:

E10: “[...] *o que mais importa é a informação, respeito e dar a mulher o poder de decisão, de aceitar ou recusar determinados tipos de procedimentos.*”

7.4 Direitos da mulher

Os direitos humanos são um conjunto de princípios universais garantidos a todos os seres humanos, sob o reconhecimento de que todos devem ser respeitados. Esses direitos garantem à mulher um papel especial, de controle do parto, devendo ser tratada com dignidade, respeitando sua autonomia nas decisões referentes a sua saúde e do seu bebê. Quando na relação entre profissionais de saúde e pacientes, os direitos das mulheres são preservados, a confiança aumenta, reduzindo ou eliminando as chances de ocorrerem danos procedentes do cuidado. (PROCHASKA, 2015).

Ainda, segundo a OMS (2005), a relação que se estabelece entre os membros da equipe de saúde e a mulher é de fundamental importância no cuidado obstétrico, com potencial para

diminuir ou aumentar a confiança e auto-estima da mulher, proporcionar conforto ou infligir traumas e danos emocionais que podem perdurar por um período de tempo indeterminado, repercutindo em outras experiências de parto.

As gestantes e seus bebês possuem direitos que devem ser garantidos no âmbito do trabalho, saúde e da própria sociedade. São garantidos mediante a formulação e implementação de políticas públicas, que objetiva fortalecê-los a fim de que possam ser conquistados universalmente. A Rede Cegonha consiste em uma política pública implementada em parceria com as Secretarias Estaduais e municipais de saúde, visando melhorar a qualidade do cuidado obstétrico no Brasil, garantindo, por meio de ações de saúde, os direitos da mulher e do seu bebê. Mas ainda há obstáculos a serem superados no plano da garantia desses direitos.

O estudo mostrou algumas negligências no âmbito dos direitos maternos: direito à acompanhante no trabalho de parto e parto; direito à informação e orientações; direito à privacidade.

7.4.1 Direito à acompanhante

A garantia da presença de um acompanhante de livre escolha para acompanhar a mulher na hora do parto e no pós-parto é um direito materno regulamentado pela lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Esta lei obriga todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, a permitir a presença de um acompanhante ao lado da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Além desta, outros documentos também foram promulgados a fim de fortalecer esse direito: A ANS com a Resolução Normativa (RN) 211 e a ANVISA com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2008.

Mas ainda há casos em que este direito é violado. No estudo foram identificados casos de mulheres que não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto e parto, por intervenção dos próprios profissionais. O relato de algumas mulheres demonstrou a resistência que ainda há no âmbito de algumas maternidades com relação a afirmação desse direito:

E2: “Ele ficou do lado de fora olhando porque como foi cesariana aí não pode entrar. Aí ele colocou o roupão e ficou do lado de fora, mas olhando pelo vidro [...] No pré-parto ele ficou do lado de fora e eu fiquei sozinha do lado de dentro esperando. Porque não pode ficar junto, porque é homem e também porque sou de maior já [...]”

E4: “Acompanhante lá dentro da sala de pré-parto não. Dentro da sala de pré-parto não. Tanto que meu marido ia lá dentro rapidinho, olhava e saía”.

E6: “Ele ficou o tempo todo. Só na hora do parto que ele teve que assistir pelo vidro porque não deixaram ele entrar [...]”.

E18: “Assim, ele não pode entrar antes de me abrirem, mas depois que me abrirem, que tiraram ela, aí ele pode entrar. Mas aí foi explicado depois o porquê que ele não pode acompanhar. Mas ele viu tudo lá pelo vidro da porta [...] porque parece que tem pais que desmaiam, passam mal e não tem como atender o pai e a paciente”.

Percebe-se que as justificativas utilizadas pelos profissionais para impedir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto foram: eventuais complicações que poderiam surgir na hora do trabalho de parto com a mãe e o bebê; ao tipo de parto; acompanhante do sexo masculino que não pode ficar no interior da sala; idade da parturiente, sob alegação que mulheres de maior idade não podem ter acompanhantes; e por precaução, porque tem alguns pais que desmaiam na sala de parto.

Ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, oferece apoio emocional contínuo, sendo uma intervenção segura e efetiva que garante às mulheres melhores resultados maternos e neonatais, além de contribuir para altos índices de satisfação materna, sendo considerado um marcador de segurança e qualidade dos serviços obstétricos (DINIZ, et al., 2014).

Um estudo qualitativo realizado na Austrália com oito mulheres que tiveram a presença do parceiro durante o trabalho de parto, teve o objetivo de explorar experiências das mulheres com relação ao apoio oferecido pelo acompanhante durante o processo de nascimento. O resultado mostrou que todas as mulheres expressaram a necessidade de ter um acompanhante durante o parto; muitas mulheres afirmavam que seus parceiros ofereciam apoio físico e emocional, segurança e encorajamento; a maioria relatou que a presença do parceiro foi fundamental para garantir que o nascimento estivesse de acordo com os seus desejos e preferências; e algumas entrevistadas afirmaram que a participação do parceiro no processo de nascimento produziu mudanças positivas no seu relacionamento (DLUGOZS, 2013).

As mulheres podem ser levadas à aceitação com relação à privação de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto por alguns motivos: pela indiferença de ter ou não um acompanhante; pelo próprio desconhecimento quanto aos seus direitos maternos; ou por insegurança e medo de se indispor com os profissionais que realizarão seu parto.

Algumas entrevistadas admitiram sentirem-se sozinhas durante algum momento do processo de trabalho de parto e parto, afirmando a importância da presença de um acompanhante ao seu lado:

E2: “Eu mudaria que a gente tem que ter um acompanhante para não ficar passando mal sozinha.”

E4: “Acompanhante lá dentro da sala de pré-parto não. Dentro da sala de pré-parto não. Tanto que meu marido ia lá dentro rapidinho, olhava e saía [...] A gente fica muito sozinha. Você fica conversando com outras mães. Você fica vendo, ouvindo as outras que estão tendo parto normal. Você fica vendo saindo do parto, correndo para o centro cirúrgico. E ali eu vou ficando, você vai ficando, ficando. ”

O trabalho de parto e parto ao mesmo tempo que é uma realização única na vida da mulher, gera grandes expectativas, medo e ansiedade, levando algumas parturientes ao auge do estresse emocional e/ou físico. A presença de um acompanhante pode contribuir para reduzir o estresse, permitindo a mulher vivenciar uma experiência de parto com mais tranquilidade e conforto.

As mulheres que tiveram a oportunidade de ter um acompanhante em todos os momentos de trabalho de parto, mostraram-se mais satisfeitas com o atendimento prestado:

E12: “no meu parto, deixaram minha mãe acompanhar. Foi praticamente minha mãe e a enfermeira que fizeram o meu parto”.

E15: “Desde o pré-parto. Desde o início assim. Eu descobri e ele foi comigo em todas as consultas e teve o tempo todo comigo lá do meu lado. Até o momento que ele nasceu e ele pegou no colo e tal. Preferiu não olhar muito naquela hora que estava saindo, mas estava do meu lado na cama, segurando minha mão, me falando palavras positivas”.

E16: “Ele ficou aqui comigo durante o pré -parto mesmo. E também, que é legal, que ele pode dormir aqui a primeira noite né, que ele estava aqui. Agora minha mãe vai dormir comigo”.

E22: “Eu tive acompanhante antes, durante e depois. Muito bom”!

E24: “Tive sempre o meu marido comigo. Depois quando eu estava sendo suturada, porque o neném acabou me abrindo um pouco, eles permitiram minha mãe entrar para poder falar comigo um pouquinho porque eu estava muito nervosa. Claro, trocando de lugar com meu marido, mas em nenhum momento foi empecilho [...] Passar por isso sozinha não é fácil”.

Os benefícios destacados pela presença de um acompanhante em todos os momentos da gestação até o pós-parto foram o aumento da confiança, segurança e tranquilidade; encorajamento; alívio do nervosismo, estresse e ansiedade gerados pela dor; e apoio emocional:

E5: “Me tranquilizou porque eu sabia que ele estava ali na hora né. Sei lá tanta coisa que escuta aí, mãe de primeira viagem, negócio de pulseirinha, de troca, sei lá. Ele estava ali também e eu já fiquei mais confiante”.

E7: “Minha mãe assistiu o parto todinho (...) eu creio assim, se a minha mãe não tivesse ali, não fosse uma pessoa forte, eu acho também que tinha morrido. Porque foi ela que correu atrás para poder ver se estava tudo bem. Porque ela viu que ele não estava bem”.

E10: “Ele ficou comigo o tempo todo (...) uma pessoa que sabe a sua expectativa para o parto e que te acompanha para manter você naquele tempo. Porque o trabalho de parto ele te tira um pouco da racionalidade. Então é importante que tenha uma pessoa com você, que saiba da sua expectativa para te manter no foco”.

E15: “você precisa de alguém que está ali te acalmando e te falando coisas positivas porque é uma hora que você está com dor, você está nervosa e é uma hora importante. Então você precisa de alguém que vai estar ali do seu lado o tempo todo (...)eu acho assim, com ele do meu lado me passando positividade eu estava muito calma, então, obvio que a dor é algo que acaba te estressando e tal, mas como ele estava ali me acalmando eu procurava ficar o tempo todo calma para não aumentar a dor, não aumentar o estresse”.

E27: “Essencial porque você se sente mais segura tendo alguém que você confia do seu lado e me deu força para aquele momento único que eu estava vivendo”.

O estudo mostrou uma variação das falas entre as instituições, no que se refere a permissão de um acompanhante em todos os momentos do parto, o que pode estar ligado às características relacionadas à cultura institucional, à organização do serviço, à qualificação e incentivo dos profissionais, ao suporte oferecido pela gestão da unidade, ao vínculo empregatício dos funcionários e à própria infraestrutura.

Uma das entrevistadas relatou a falta de atenção de uma das maternidades com relação ao acompanhante:

E24: “O que eu tenho, assim, do pós-parto que eu esperava era, entre aspas, uma expectativa e acabou não acontecendo é que eu tenho um acompanhante que fica 24 horas comigo. Eu recebi toda atenção, mas ele não. Então assim, eu como e ele fica sem comer e eu tenho que dividir minha comida com ele. E isso quando tem comida suficiente para nós dois. Senão ele tem que ir lá fora comprar e a gente não veio preparado para isso, então ele está até agora sem comer. Eu perguntei, cheguei a perguntar: - vocês não pedem alimento para acompanhante porque acompanhante fica 24 horas com você? - Não só para gestante [...]Eu acho que, assim, o ideal tanto para a gente que é gestante quanto para o acompanhante é que o tratamento seja igual para os dois porque eles passam por isso juntos. Eu não estou aqui sozinha, eu estou aqui com meu marido, entendeu. Então se eu estou sendo bem tratada e ele está sendo destrutado, então para mim [...]”.

O relato demonstra o despreparo dos serviços de saúde no acolhimento ao acompanhante, apesar do incentivo que há em prol da sua valorização que vai desde a descoberta da gravidez até o puerpério. Este despreparo fica mais evidente na saúde pública. Um dos desdobramentos da pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, mostrou que mulheres usuárias do SUS tiveram menos acompanhantes em qualquer momento do parto. Já nos hospitais privados este direito é mais respeitado, verificando a criação de condições, sejam estas físicas e financeiras, para o acolhimento do acompanhante (DINIZ, et al, 2014).

É importante que gestores e profissionais de saúde reconheçam o papel do acompanhante e sua relevância no apoio emocional à mulher durante o parto. É importante adequar espaços e investir recursos que promovam efetivamente a sua participação como estratégia fundamental para garantia de boas experiências de parto.

7.4.2 Direito à privacidade

O respeito à privacidade da mulher no local do parto está entre as recomendações da OMS, caracterizada como condutas que são claramente úteis e que deveriam ser estimuladas constituindo, por vezes, um grande desafio nos serviços de saúde. Lothian (2004), reconhece a estreita relação da privacidade com a segurança e proteção. Segundo ele a privacidade não significa necessariamente estar isolado, sozinho. Sua importância está em um âmbito muito maior. Privacidade no trabalho de parto significa para a mulher não se sentir incomodada ou perturbada, mas segura e protegida no processo de parturição.

Aspectos como o local de parto, a organização da equipe no atendimento à mulher durante o trabalho de parto, e as pessoas que a assistem no processo de parturição, foram fatores relatados e que, de alguma forma, implicam na privacidade das parturientes podendo levar a níveis maiores de ansiedade, medo, angústia e constrangimentos:

E4: “Você fica conversando com outras mães. Você fica vendo, ouvindo as outras que estão tendo parto normal. Você fica vendo saindo do parto, correndo para o centro cirúrgico. E ali eu vou ficando, você vai ficando, ficando...”

E5: “Nisso eu estava com as contrações. Já estava começando a vir [...] cada hora vinha um enfermeiro, um médico vinha para me examinar”.

E20: “Eu mudaria os constrangimentos, porque é muita gente que fica olhando né. Ah...muita pessoa que fica olhando você né”.

Os relatos mostram que o espaço coletivo e hostil do pré-parto, sem privacidade, contribui para que as mulheres não vivam inteiramente o seu momento do parto, compartilhando a dor, o desconforto e o sofrimento entre elas; o acompanhamento do trabalho de parto por muitos membros da equipe, além de expor, em certo grau, a intimidade da mulher, dificulta o estabelecimento da confiança e do vínculo da mesma com o profissional; e a sala de pré-parto como campo de aprendizado e formação profissional, leva pessoas fora do convívio pessoal da mulher a assistirem o trabalho de parto, causando constrangimentos para a parturiente e seu acompanhante.

Em certas ocasiões, a indisponibilidade de recursos e a inadequada infraestrutura das unidades de saúde podem concorrer para má qualidade da assistência obstétrica e para a falta de privacidade das mulheres durante o trabalho de parto.

Uma revisão sistemática procurou identificar todas as evidências, qualitativas e quantitativas, sobre maus-tratos sofridos por mulheres durante o parto em estabelecimentos de saúde de todo o mundo. Dos 7.257 estudos encontrados, foram incluídos 65 estudos realizados em 34 países, sendo 11 na África, 05 na Ásia, 02 na Oceania, 04 na Europa, 05 no Oriente Médio e Norte da África, 02 na América do Norte e na América Latina. Após a utilização de uma abordagem que identificava e organizava os dados qualitativos em áreas temáticas, foram formuladas sete categorias que tipificavam maus tratos das mulheres durante o parto, dentre as quais estava a falta de recursos para proporcionar privacidade às mulheres. Os estudos ressaltaram que a falta de cortinas e biombos nas alas de pré-parto para separar as mulheres dos outros pacientes durante os toques vaginais e o compartilhamento de camas e salas de pré-parto ocasionados pela superlotação, corroboravam para negligenciar o direito à privacidade. Algumas mulheres ressaltaram que sentiram-se desprotegidas ante à presença de muitos profissionais assistindo o parto e acompanhantes do sexo masculino na sala de pré-parto. Segundo elas, tal exposição era indigna, desumana e vergonhosa (BOHREN, et al, 2015).

Há uma linha tênue entre ausência de privacidade, proteção, insegurança e estresse, o que atrapalha fisiologicamente o processo de trabalho de parto normal pela crescente produção de catecolaminas, hormônios liberados no auge do estresse físico e emocional (LOTHIAN, 2004). Estes eventos geram repercussões tanto hemodinâmicas quanto emocionais que podem dificultar o trabalho de parto, comprometendo a experiência de parto da mulher.

Para isso, torna-se importante apoiar as mulheres no momento do parto, oferecendo apoio físico e emocional e um ambiente que preserve sua privacidade, proporcione conforto, relaxamento, livre de ruídos e outros estressores, eliminando ou reduzindo as chances de experiências de parto mal-sucedidas.

8 DIFICULDADES QUE LIMITARAM A EXECUÇÃO DO ESTUDO

Apesar da boa receptividade nas instituições, nos deparamos com algumas situações no decorrer das visitas que constituíram limitações do nosso estudo, tanto no que se refere aos sujeitos, quanto ao ambiente onde se deu a pesquisa. Estas situações apareceram em todas as maternidades, com maior ou menor predominância em uma do que em outras. Dentre estas destacam-se:

- O desgaste físico das mulheres e a fragilidade emocional no pós-parto: A maioria das mulheres que acabaram de ter seus filhos sentiam-se cansadas fisicamente e emocionalmente no pós-parto. Quando abordadas pelo pesquisador, em sua maioria, encontravam-se repousando e/ou descansando dos cuidados com seu bebê. Este perceptível desgaste físico e emocional, levou algumas mulheres a uma menor interação com o pesquisador, sendo bastante sucinta em suas argumentações, enquanto outras se mostraram solícitas e bem interessadas em participar da pesquisa.
- A rotina de cuidados na enfermaria: Em sua totalidade, as entrevistas foram realizadas pela manhã, considerando que à tarde ocorrem as visitas na maternidade e a maioria das mulheres descansa da rotina de cuidados e procedimentos médicos que acontecem na parte da manhã. Durante as entrevistas, houve inúmeras interrupções pela equipe de saúde para procedimentos de rotina com a mãe e o bebê, o que dificultou explorar mais acerca das experiências das mulheres com relação ao trabalho de parto. Além disso, o despertar da criança após tais procedimentos, levava a mulher a voltar sua atenção para os cuidados com o seu bebê, tirando um pouco seu foco da entrevista.
- O ambiente: Todas as mulheres optaram por realizar as entrevistas na própria enfermaria, perto do seu bebê e da pessoa que a acompanha, apesar de ser oferecido a ela um local mais privativo, a fim de preservar sua privacidade. O ambiente, por ser coletivo, possuía muitos ruídos sonoros e conversas paralelas, gerando em certas ocasiões certa dificuldade na comunicação e perda na qualidade do áudio durante as transcrições.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da produção subjetiva de experiências de trabalho de parto e parto vivenciada pelas participantes e, embasada no referencial teórico proposto, foi permitido captar pontos que mais importam para as mulheres na prestação do cuidado durante o trabalho de parto e parto à luz dos elementos e princípios que configuram o cuidado centrado no paciente.

A dor, inerente ao processo de parto normal, foi relatada como uma das sensações que mais impacta negativamente a experiência de nascimento da mulher, levando algumas a preferirem o parto cirúrgico pela comodidade e, principalmente, pelo medo da dor. Porém, o estudo mostrou que o manejo da dor por meio de intervenções obstétricas não invasivas e de baixa oneração - boas práticas de atenção ao parto - muito contribuiu para minimizar o estresse, nervosismo e ansiedade, aumentando a sensação de conforto e segurança da mulher.

A presença de um profissional ao lado da parturiente, oferecendo suporte físico e emocional contínuo na hora do trabalho de parto e parto, cooperou para aumentar a confiança, permitindo com que se sentisse mais segura e facilitando o processo de nascimento. O estudo mostrou que, apesar dos sentimentos e sensações negativas que emergem durante o trabalho de parto, as mulheres que tiveram apoio contínuo de um profissional mostraram-se mais satisfeitas, relatando experiências de parto bem-sucedidas.

A responsividade dos profissionais para com as queixas e indagações da paciente, as palavras de conforto e incentivo, o simples fato de perguntarem se estão precisando de alguma coisa, valorizando e acolhendo as suas necessidades, cooperaram para o estabelecimento de relações empáticas, aumentando a satisfação das mulheres com o cuidado recebido.

O estabelecimento de uma boa comunicação entre profissionais, pacientes e familiares contribuiu para uma maior autonomia da mulher no processo de nascimento, cooperando para uma participação mais ativa no compartilhamento de decisões. Além disso, a comunicação contribuiu para implementação de um plano terapêutico mais focado nas reais necessidades expressadas pela mulher e, conseqüentemente, para desfechos obstétricos mais favoráveis. Nas situações em que os profissionais interagiram, mostrando-se proativos na elucidação das dúvidas, esclarecimentos e orientações, as mulheres apresentaram-se mais satisfeitas.

As puérperas destacaram a importância de prestar informações contínuas e que favoreçam uma fácil compreensão das mulheres e acompanhantes acerca das condutas e

procedimentos adotados durante o trabalho de parto; implementação de um plano terapêutico coeso, com profissionais focados nos mesmos objetivos, sintonizados com relação às condutas terapêuticas; e a utilização e apresentação das melhores evidências para apoiar a tomada compartilhada de decisões.

A presença de um acompanhante durante toda a permanência da mulher na maternidade foi percebida como algo importante e fundamental para garantir um trabalho de parto mais tranquilo e seguro. Todas as entrevistadas, até mesmo aquelas que por outros motivos não tiveram acompanhante, reconheceram a importância de uma pessoa de sua confiança no momento da parturição. Segundo a percepção das mulheres, o acompanhante oferece apoio, força e incentivo, ajudando na diminuição da dor e do estresse gerado pelo momento. Mas, apesar das mulheres considerarem sua importância, a pesquisa mostrou que ainda são grandes os entraves existentes para garantir o cumprimento da legislação que assegura este direito à mulher. Acredita-se que ainda há insuficientes orientações durante o pré-natal quanto aos seus direitos, bem como pouca fiscalização e cobrança nas maternidades a fim de garantir a presença do acompanhante, de escolha da mulher, durante o pré, trans e pós-parto.

A privacidade foi citada como um elemento importante, sendo um direito que vai além da garantia de um simples espaço privativo. Para fins deste estudo, foi destacada como a garantia de um ambiente que proporcione à mulher um parto tranquilo, de modo que possa vivenciar inteiramente o processo de nascimento, compartilhando o momento com pessoas de sua escolha. A supervisão dos estágios de trabalho de parto por vários membros da equipe e a circulação de pessoas fora da sua convivência na sala de pré-parto geraram incômodo e apreensão. Na concepção das mulheres, é importante selecionar um profissional para acompanhar o trabalho de parto, bem como garantir um espaço acolhedor que proporcione tranquilidade e que permita à mulher se sentir à vontade para vivenciar o parto em sua plenitude.

Enfim, a pergunta “o que mais importa para as mulheres” propiciou a identificação de elementos que, na concepção das parturientes, contribuem para um trabalho de parto e parto mais humanizado, que gere bons resultados de saúde e experiências obstétricas bem-sucedidas. Para tanto, torna-se necessário uma ampliação dos espaços para discussão do trabalho de parto, parto e pós-parto, no âmbito das unidades de saúde e da própria comunidade, permitindo à mulher expressar o que realmente é mais importante para ela, para que a partir daí profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas pensem e implementem ações necessárias para que possam desenvolver melhorias nos mais diferentes níveis de atenção em que se dá o cuidado

obstétrico, aprimorando a segurança e a qualidade do atendimento prestado às gestantes e neonatos.

REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Ministério da Saúde e ANS criam normas para reduzir cesarianas**. Brasília-DF, 14 dez. 2014. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2614-coletiva>>. Acessado em: 17 nov. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/808440/Manual+Servi%C3%A7os+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Materna+e+Neonatal+-+Seguran%C3%A7a+do+Paciente.pdf/c1c8b6ea-76dc-4408-b5f5-7a96c1ecbe8e>>. Acessado em: 02 nov. 2015.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica, e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.U. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n.1, p.98-104, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013>. Acessado em: 31 out. 2015.

ANDRADE, R.D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>>. Acessado em: 03 fev 2017.

APOLINÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Revista Rene**. Curitiba, v.17, n.1, p. 20-28, 2016. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2187/pdf_1>. Acessado em: 30 nov. 2016.

BALDISSEROTO, M.L.; FILHA, M.M.T.; GAMA, S.G.N. **Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "Birth in Brazil" nacional research study, 2011/2012**. Journal list Reproductive Health. London: United Kingdom, v.13, n.3, p.199-206, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073993/>>. Acessado em: 13 fev. 2017.

BEAUVOIR, S. **Todos os homens são mortais**. 3 ed. São Paulo: Difusão Européia do livro, 1983.

BEIGI, et al. Women's experience of pain during childbirth. Iranian Journal of nursing and midwifery Research. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**. Isfahan, Iran, v.15, n.2, p. 77-82, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093177/>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

BERWICK, D.M. What “ patient-centered” should mean: confessions of an extremist. **Health Affairs**. United Kingdom, v.28, n.4, p.555-565, 2008 Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.full>>. Acessado em: 12 ago. 2015.

BOHREN, M.A, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **Journal Plos Medicine**. South Africa. v.12, n.6, p. 1-32 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>>. Acessado em: 15 fev.2017.

BRADDOCK, C.H. Supporting shared decision making when clinical evidence is low. **Medical Care Research and Review**. United States, v.70, n.1 p. 129-140, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23124617>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

BRASIL. Lei 11.108 de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei 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, 2005 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acessado em: 13 dez. 2016.

CARTER, M.C, et al. 2020 Vision for a High-quality, high-value maternity care system. **Women’s Health Issues**. United States, v. 20, n.1 p. 7-17, 2010. Disponível em: <[http://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(09\)00139-X/abstract](http://www.whijournal.com/article/S1049-3867(09)00139-X/abstract)>. Acessado em: 30 out. 2015.

CAVALCANTI, P.C.S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**. Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p. 1297-1316, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000400014>.Acesso em: 09 nov. 2015.

CHILDBIRTH CONNECTION. **Quotes from mothers**. United States, 2007. Disponível em: <<http://www.childbirthconnection.org/>>. Acessado em: 16 out. 2015.

CHRISTINE, P.J.; KALDJIAN, L.C. Communicating evidence in shared decision making. **Virtual Mentor**. United States, v.15, n.1, p. 9-17, 2013. Disponível em <<http://journalofethics.ama-assn.org//2013/01/ecas1-1301.html>>. Acessado em: 30 out. 2015.

COLLINS, A. Health Foundation. **Measuring what really matters**. Health Foundation, London, 2014. Disponível <<http://www.health.org.uk/publication/measuring-what-really-matters-towards-coherent-measurement-system-support-person-centred>>. Acessado: 09 jun. 2016.

COPELLI, et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v.24, n.2 P. 336-346, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf>. Acessado em 12 fev. 2017.

COSTA, A.P., et al. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Revista Rene**. Fortaleza, V.12, n.3, p. 548-554, 2011. Disponível <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a14v12n3.pdf> Acessado em: 15 nov. 2016.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p.154-168, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 24 set. 2015.

DECETY, J.; FOTOPOLU, A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**. Switzerland, v.8, p.457, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4294163/>>. Acessado em: 20 jan. 2017.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico da cobertura da saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acessado em: 25 jan. 2017.

DERKSEN, F.; BENSING, J.; LAGRO-JANSSEN, A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. **The British Journal of General Practice**. United Kingdom, v.63, p. 76-84, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529296/>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

DINIZ, C.S.G, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.30, n.1, p.140-153, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acessado em: 29 nov. 2016.

DINIZ, S.G., et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologias, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. **Journal of Human Growth and development**. São Paulo, v.25, n.3, p-1-8, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em: 30 nov. 2016.

DLUGOZS, S. **Fathers at birth**: women's experiences of their partner's presence during childbirth. 2013. 75 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Edith Cowan University, Perth, Austrália, 2013. Disponível em: <http://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1105&context=theses_hons>. Acesso em: 20 jan. 2017.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Jama**. Chicago, v.260, n.12, 1988. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Care-Coordination-Panel-Docs/background-docs/Jun-4-Mtg-docs/The-Quality-of-CareHowCanItBeAssessed-Donabedian1988.pdf>>. Acessado em: 10 mar 2017.

ELWIN, G., et al. Shared decision making: a model for clinical practice. **Journal of General Internal Medicine**. Alexandria: United States, v.27, n. p. 1361-1367, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>>. Acessado em: 20 jan. 2017.

EMELUMADU, OF., et al. Perception of quality of maternal healthcare services among women utilising antenatal services in select ed primary health facilities in Anambra State, Southeast Nigeria. **Nigerian Medical Journal**. New York, v. 55, n. 2, p. 148-155, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003719/>>. Acessado em: 30 out. 2015.

FARIA, H.P., et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte, MG: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>>. Acessado em: 27 nov. 2016.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre, RJ: Artmed, 2009.

FRIED, T.R. Shared Decision Making – Finding the sweet spot. **The New England Journal of Medicine**. Massachusetts: United States, v.374, p.104-106, 2016. Disponível em <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1510020#t=article>>. Acessado em: 21 jan. 2017.

FUJITA, J.; SHIMO, A.K.K. Parto humanizado: experiências no SUS. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.4, p. 1006-1010, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/979>>. Acessado em: 10 jan. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil**: Pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Rio de Janeiro, 30 mai. 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acessado em: 01 Nov. 2015

GUNASEKERA, P.C.; WIJESINGHE, P.S.; GOONEWARDENE, I.M.R. The caesarean section rate is rising. **Ceylon Medical Journal**. Sri Lanka, v.46, n. 4, p.147-150, 2001. Disponível em: <<http://cmj.sljol.info/articles/abstract/10.4038/cmj.v46i4.6466/>>. Acessado em: 29 out. 2015.

HA, J.F.; ANAT, D.S.; LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: Review. **The Ochsner Journal**. Academic Division of Ochsner Clinic Foundation. Western Australia, v.10, n.1, p.38-43, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/pdf/i1524-5012-10-1-38.pdf>>. Acessado em: 10 jan. 2017.

HALPERN, J. What is clinical empathy? **Journal of General Internal Medicine**. Alexandria, United States, v.18, n.8, p.670-674, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494899/>>. Acessado em: 20 jan. 2017.

HUDON, C., et al. Measuring patient's perceptions of patient centered care: A systematic review of tools for family medicine. **Annals of family Medicine**. Canadá, v.9, n.2, p.155-164, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056864/>>. Acessado em: 18 nov. 2015.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **A vision for “what matters to you”**. Cambridge, United States. Disponível em: <<http://www.ihl.org/Topics/WhatMatters/Pages/default.aspx>>. Acessado em: 10 jan. 2017.

INSTITUTE OF AMERICA. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington, United States, 2001. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/10027.html>>. Acessado em: 05 jun. 2016.

IRAVANI, M., et al. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. **Journal Education Health Promoting**. Mumbai, Índia, v.4, n.6, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355842/>>. Acessado em: 19 jan. 2017.

JONSEN, A.R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W.J. **Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine.** 7^a ed. New York: Mc-Graw-Hill, 2010.

KELLER, K.B, et al. Implementing successful interprofessional communication opportunities in health care education: a qualitative analysis. **International Journal of Medical Education.** United States, v.4, p.253-259, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205528/>>. Acessado em: 17 jan. 2017.

KING, A.; HOPPE, R.B. “Best practice” for patient-centered communication: a narrative review. **Journal of Graduate Medical Education.** Chicago, United States, v.5, p. 385-393, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771166/>>. Acessado em: 10 mar. 2017.

LEAL, M.C, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras com risco habitual. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 17-31, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acessado em: 01 Nov. 2016.

LEE, E.O.; EMANUEL, E.J. Shared decision making to improve care and reduce costs. **The new England Journal of Medicine.** Massachussetts, United States, v. 368, p. 6-8, 2013. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1209500>>. Acessado em: 20 jan. 2017.

LEMES, C.M., et al. Percepção das puérperas em relação à indução do parto. **Revista Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba.** São Paulo, v.17, n.2, p. 86-91, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/21867/pdf>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

LONGO, CSM.; ANDRAUS, LMS.; BARBOSA, MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia, v12, n.2, p.396-291, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a25.htm>. Acessado em: 27 jan. 2017.

LOTHIAN, J.A. Do not disturb: the importance of privacy in labor. **The Journal of Perinatal Education.** Washington, DC, v. 13, p. 4-6, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595201/>>. Acessado: 01 fev. 2017.

MCCORMACK, B.; MCCANE, T.V. Development of a framework for person centred nursing. **Journal Adv Nursing.** United States, v.56, n.5, p. 472 Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x/abstract;jsessionid=DFD3900B187AC1E7F7B133E46ED5256B.f02t04>>. Acessado em: 08 jul. 2015.

MCKINNON, L.C.; PROSSER, S.J.; MILLER, Y.D. What woman want: qualitative analysis of consumer evaluations of maternity care in Queensland, Austrália. **BMC Pregnancy & Childbirth.** London, v.14, n.366, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/366>>. Acessado em: 16 out. 2015

MERCER, S.W.; REYNOLDS, W.J. Empathy and quality of care. **British Journal of General Practice.** United Kingdow, v.52, p. 9-13, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/>>. Acessado em: 15 nov. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e neonatal**. Brasília-DF, 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>. Acessado em: 13 dez. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sus. Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de recomendação. Brasília- DF, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acessado em: 15 nov. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acessado em: 02 mar. 2017.

MORGAN, E.; YODER, L.H. A concept analysis of person-centered care. **J Holist Nursing**. Chicago, United States, v.30, n.1 p.6-15, 2012. Disponível em: <<http://jhn.sagepub.com/content/30/1/6.long>>. Acessado em: 10 jun 2015

MUSSI, F.C. Conforto: Revisão de literatura. **Revista escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.30, n.2, p. 254-266, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341996000200006&script=sci_arttext>. Acessado em: 13nov 2015.

NAGAHAMA, E.E.I; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n8, p.1859 – 1868, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>>. Acessado: 01 nov. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENT. **Antenatal care for uncomplicated pregnancies**. Clinical Guidelines. United States, 2008. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/1-Guidance#provision-and-organisation-of-care>>. Acessado em: 27 de.2015.

NIEUWENHUIJZE, M, et al. The role of maternity care providers in promoting shared decision-making regarding birthing positions during second stage labor. **Journal Midwifery womens health**. Collesville, United States, v.59, p. 277-285, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064714/>>. Acessado em: 20 jan. 2017.

NILSON, L., et al. Factors influencing positives birth experiences of first - time mothers. **Nursing Research and Practices**. London, United Kingdom, v. 2013, 2013 Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/349124/>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

NUNES, B.B.S.; MENDES, P.C. Políticas públicas de saúde reprodutiva: contexto histórico e implicações na maternidade em Uberlândia-MG. **Revista on-line Caminhos de Geografia**. Uberlândia, MG, 2015. v.16, n.53 p. 81-100. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/viewFile/28875/16436>> Acessado em: 10 jan. 2017.

O'DANIEL, M.; ROSENSTEIN, A.H. Professional communication and team collaboration. In: HUGHES, R.G. **Patient Safety and Quality: an evidence- based Handbook for nursing**. Rockville, US: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Disponível em: <<https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>>. Acessado em: 17 fev. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra, Suíça, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acessado em: 10 jan.2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_redes_atencao_SUS.pdf>. Acessado em: 13 jun. 2016.

PARIS, G.F., et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Curitiba, PR. v.36 n.12, p. 548-554, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0548.pdf>>. Acessado em: 09 mar. 2017.

PEABODY, J.W, et al. Improving the quality of care in developing countries. In: JAMISON, D.T, et al. **Disease Control priorities in developing countries**. 2ª ed. Washington: Oxford University Press, 2006. p. 1293-1307 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11790/>>. Acessado em: 02 jan. 2017.

PELZANG, R. Time to learn: understanding patient-centred care. **British Journal of Nursing**. London, v.19, n.14, 2010. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2010.19.14.49050?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acessado em: 15 set. 2015.

PICKER INSTITUTE. **Principles of patient-centered care**. United States, 2013 Disponível em: <<http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>>. Acessado: 15 set. 2015.

PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiências de parturientes e dos profissionais de saúde. **Revista de Psicologia Aletheia**. Canoas, n.37, p.212-227, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>>. Acessado em: 30 nov. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf> Acessado em: 02 jan. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde. **Caderno de Políticas Públicas Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4379008/4130227/SaudePORT.pdf>>. Acessado em: 19 dez. 2016.

PROCHASKA, E. Human rights in maternity care. **Journal Midwifery**. London, v.31, n.11, p.1015-1016, 2015. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(15\)00252-1/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(15)00252-1/fulltext)> Acessado em: 20 jan. 2017.

PROQUALIS. **Simplificando o Cuidado Centrado na Pessoa**. O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Guia rápido. Rio de Janeiro, p.25, 2014. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>>. Acessado em: 27 nov. 2016.

RAVEN J.; BROKEN, N.V.D.; TAO, F.; KUN, H.; TOLHURST, R. The quality of childbirth care in China? Women's voices: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. London, v.15, p.1-8, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/15/113>>. Acessado em: 12 ago. 2015.

REDE INTERANGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília, DF: 2008. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>>. Acessado em: 02 nov. 2015.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO PARA A CPMI DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Violência obstétrica “Parirás com dor”**. Brasília-DF, 2012. 187 p. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acessado em: 28 mar. 2016.

RIESCO, MLG. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.35-36, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0035.pdf>>. Acessado em: 01 Nov. 2015.

RITCHER, M.S; PARKES, C; CHAW-KANT, J. Listening to the voices hospitalized high-risk antepartum patients. **Jornal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Washington: DC, v.36, p.314-318, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00159.x/epdf>> . Acessado em: 20 dez. 2015.

SACKETT, D.L; ROSENBERG, W.M. The need for Evidence-based Medicine. **Journal of the Royal Society of Medicine**. United Kingdom, v.88, n.11, p.620- 624, 1995 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1295384/pdf/jrsocmed00064-0020.pdf>>. Acessado em: 01 fev. 2017.

SANTOS, A.A.P.; SOUZA, K.R.F. **O sentimento do toque vaginal para a parturiente durante a assistência no pré-parto**. In:VI Congresso Brasileiro de Assistência obstétrica e Neonatal, 2009. Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeaon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/O%20Sentimento%20do%20Toque%20Vaginal%20para%20Parturiente%20durante%20a%20assist%20C3%Aancia%20no%20pr%20parto.pdf>>. Acessado em: 18 jan. 2017.

SAY, R.; ROBSON, E.; THOMSON, R. Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. **BMJ Open**. United

Kindong. v.10, n.5 2011. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000261.full>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

SILVA, D. **Helping measure person-centred care**. London: The Health Foundation; 2014. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>>. Acessado: 13 jul. 2015.

SILVA, T.O, et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: Revisão Integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. n.18, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33340>>. Acessado em: 05 dez.2016.

SRIVASTAVA, A., et al. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. **BMC Pregnancy Childbirth**. London, v.15, n.97, p.1-12 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417271/>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

TRAVASSOS C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800014&script=sci_arttext>. Acessado em: 13 nov. 2015.

TSAL, Y. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. **BMC Health Services Research**. London, United Kingdom, v.98, n.11, 2011. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-98>>. Acessado em: 6 dez. 2016.

VIELLAS, E.F, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, p. 585-600, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acessado em: 17 fev. 2017.

WEIDLE, W.G, et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, p. 46-53, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>>. Acessado em: 19 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human Production Programme. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility based childbirth**. Geneva: Switzerland: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acessado em: 01 fev. 2017.

WYNIA, MK; OSBORN, CY. Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organization. HHS Public Access. **Journal health Commun**. United States, v.15, p.102-115, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3086818/>>. Acessado em: 10 fev. 2017.

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro de entrevista

Apresentação da pesquisa: o interesse da pesquisa é captar das mulheres as suas concepções, expectativas e experiências com relação ao atendimento durante o trabalho de parto e parto. Interessa-nos saber o que realmente importa sob a perspectiva das mulheres, para que ela considere o atendimento de qualidade e a sua experiência no processo seja positiva. Este roteiro é um norteador da entrevista. Caso haja alguma dúvida de compreensão com relação às perguntas feitas, o pesquisador estará apto a esclarecê-las. As perguntas não precisarão serem respondidas na ordem. Pontuamos estas questões como uma forma de oferecer subsídios de resposta às mulheres, sem nenhuma pretensão de persuasão. Após a apresentação da pesquisa e aceite da mulher em participar do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser lido e assinado, ficando uma via com a entrevistada e outra com o pesquisador.

1. Me fale rapidamente de você [idade, se fez pré-natal, se tem companheiro quem é o acompanhante, se estuda ou trabalha].
2. Me conte com detalhes como foi sua experiência durante o trabalho de parto e parto. Da assistência recebida, o que mais te marcou? Como você se sentiu fisicamente e emocionalmente?
3. A sua experiência com o atendimento no trabalho de parto e parto foi como você imaginava? Se não, foi melhor ou pior? Me conte mais.
4. Me conte mais como se deu sua escolha pelo tipo de parto? Você foi devidamente esclarecida pelos profissionais que acompanharam você durante o pré-natal e na maternidade com relação aos riscos e benefícios de cada tipo de parto? Se sentiu com liberdade de escolha? Sentiu falta de ter mais informações?
5. Durante o atendimento ao nascimento do seu bebê aconteceu alguma situação que te constrangeu ou que deixou você triste, com raiva?
6. Durante o atendimento ao nascimento do seu bebê aconteceu alguma situação que te deixou feliz ou que foi muito importante para você?
7. Se você pudesse mudar algo no atendimento durante o trabalho de parto e parto, o que você mudaria?

8. O que você acha que mais importa para garantir uma boa experiência às mulheres no atendimento durante o trabalho de parto e parto?

9. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Agradeço pela entrevista.

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar do estudo *“O que importa para as mulheres: uma análise qualitativa das concepções e expectativas de mulheres sobre o atendimento em hospitais no trabalho de parto e no parto”*, desenvolvido por Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), parte de um projeto mais amplo, intitulado *“Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção multifacetada para a melhoria do cuidado obstétrico em maternidades do Rio de Janeiro”*, coordenado pela Professora Dra. Margareth Crisóstomo Portela.

O objetivo central do estudo é realizar uma análise sistemática acerca das concepções, expectativas e percepções de mulheres no puerpério imediato quanto à prestação do cuidado obstétrico nas maternidades.

O convite à sua participação se deve ao reconhecimento do importante papel da mulher no processo de melhoria da qualidade do cuidado obstétrico. Desejamos obter opiniões que possam vir a contribuir para a melhoria do cuidado da mãe e do bebê durante a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto.

A sua participação consistirá em falar do que você acha que é importante para que a mulher tenha uma boa experiência durante o seu trabalho de parto em um hospital. Você deve ficar à vontade para fazer perguntas caso tenha quaisquer dúvidas. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente vinte minutos.

Para que as suas opiniões possam ser registradas adequadamente, a entrevista precisa ser gravada. Se você se incomodar com isso, tem total liberdade de não aceitar participar. Caso isso não seja um problema para você, a assinatura deste Termo de Consentimento também implica na autorização da gravação. Sob nenhuma hipótese o que você disser será identificado, e todas as providências serão tomadas para garantir a sua privacidade e anonimato. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A gravação será transcrita e se tomarão cuidados para que quaisquer coisas que você diga que possam te identificar sejam ocultadas. Após a revisão do transcrito, a gravação do áudio será destruída. O arquivo com o transcrito será guardado por pelo menos cinco anos, conforme consta na Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Ele ficará em local seguro, e somente a pesquisadora e a sua orientadora terão acesso a ele.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Toda pesquisa envolve riscos de tipos e gradações variadas. É possível que este seja um momento sensível e de emoções afloradas para você, e responder a entrevista te traga lembranças recentes ou antigas que te façam ter algum sentimento ruim.

Não há benefícios diretos para nenhum participante. Entretanto, este estudo dá a oportunidade a mulheres de expressarem seus anseios, expectativas e percepções com relação ao cuidado durante a gestação e, mais especialmente, durante o trabalho de parto e parto prestado pelos serviços de saúde. Ele pode contribuir para que gestores, profissionais de saúde e formuladores de políticas identifiquem elementos que os façam repensar as políticas públicas e as práticas de saúde implementadas, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado para a mãe e para o bebê.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados para elaboração de dissertação de mestrado acadêmico, apresentação de trabalhos em eventos e redação de artigos científicos, sendo que sua identidade será sempre mantida em sigilo.

Sua participação não representa custos, além do seu tempo para participar da entrevista. Também não há qualquer tipo de remuneração por sua participação.

O presente Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o pesquisador.

Caso venha a querer contatar as pesquisadoras responsáveis, os dados para contato são:

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues (Mestranda)

Tel: (21) 98959-1807 – E-mail: juebe28@gmail.com

Margareth Crisóstomo Portela (Orientadora)

Tel: (21) 2598.2858 – E-mail: mportela@ensp.fiocruz.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210

Tel e Fax - (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues, Pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

_____, ____ de _____ de 2016.

Nome do (a) participante

Assinatura do (a) participante